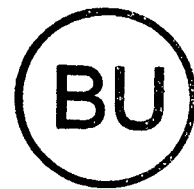


**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**




**“ UTILIZAÇÃO DO REFERENCIAL TEÓRICO  
ELABORADO PELAS ENFERMEIRAS DO CEPON, NO  
CUIDADO A PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE  
CÂNCER ”**

**Florianópolis, dezembro de 1997.**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**“ UTILIZAÇÃO DO REFERENCIAL TEÓRICO  
ELABORADO PELAS ENFERMEIRAS DO CEPON, NO  
CUIDADO A PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE  
CÂNCER ”**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0270  
Autor: Quadros, Neuseli d  
Título: Utilização do referencial teóric  
  
972493065 Ac. 241448  
Ex.I UFSC BSCSM CCSM

**Acadêmica: Neuseli de Quadros**

**Orientadora: Vera Radünz**

**Supervisoras: Nen Nalú Alves das Mercês**

**Laura Dutra**

**Aldanéa Norma de Souza**

**CCSM  
TCC  
UFSC  
ENF  
0270  
Ex.I**

**Florianópolis, dezembro de 1997.**

*"Não te doa jamais pensar em falha tua.  
Na rosa espinhos há, turva-se a fonte clara;  
vela a nuvem e o eclipse a luz do sol, da lua,  
e o ascoso pulgão vive até a flor mais rara.  
Todo homem erra sempre."*

*W. Shakespeare.*

*Dedico este trabalho à pessoa que, sem intenção,  
me fez iniciar e amar a área mais humana da  
enfermagem: A ONCOLOGIA!  
Obrigado tio Valdir, este trabalho também é seu!*



## **A G R A D E C I M E N T O S**

**À DEUS:** Por estar sempre presente durante toda a minha caminhada e por ser a minha fonte de inspiração.

**AOS MEUS PAIS:** Pelo apoio, carinho e incentivo durante toda a minha vida e por sempre acreditarem em mim.

*Amo vocês!*

**ÀS MINHAS IRMÃS, CUNHADO, SOBRINHOS E AVÓ:** Pela colaboração, carinho e por adoçarem a minha vida.

**À NEUSELENE E MARCOS:** Pelas horas concedidas no auxílio à digitação e complementação ilustrativa deste trabalho.

*Deus os abençoe.*

**AO RICHARD:** Por ser meu grande companheiro e incentivador em todos os momentos da minha vida, em especial, nesta última etapa.

*Você é demais!*

**À LAÉRCIO E GRAÇA:** Pela consideração, amizade, apoio e incentivo.

***À QUERIDA ORIENTADORA VERA RADÜNZ:*** Por ser meu verdadeiro “ divã ”, lugar no qual pude desabafar minhas dificuldades, receber conselhos e me sentir segura.

***ÀS MINHAS SUPERVISORAS NEN NALÚ, LAURA E ALDANÉA:*** Por acreditarem em mim e por mostrarem o verdadeiro significado da “visão holística”.

***À MINHA AMIGA KARIN:*** Por me auxiliar e apoiar durante a elaboração do projeto.

***À MINHA SUPER AMIGA DANIELA:*** Por sua amizade e, principalmente por me auxiliar na apresentação deste trabalho.

***AOS AMIGOS DO HOSPITAL DO CEPON:*** Por estarem sempre presentes me auxiliando em todos os momentos do meu estágio e pelo CALOR HUMANO que possuem.

***AOS PROFESSORES DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM:*** Por mostrarem o caminho da sabedoria e, principalmente, por me ensinarem a AMAR a ENFERMAGEM!

***AOS PACIENTES DO HOSPITAL DO CEPON:*** Por confiarem em mim e por serem o motivo da existência deste trabalho.

*Vocês serão inesquecíveis!*

***AOS MEUS AMIGOS:*** Pela confiança depositada e por estarem sempre juntos nesta longa jornada.

Para que eu pudesse chegar ao fim de mais uma caminhada, foi necessário o apoio e a contribuição de vários amigos e profissionais. Por toda atenção, carinho e conhecimentos dispensados à mim:

***MINHA ETERNA GRATIDÃO.***

## **RESUMO**

Este trabalho refere-se à elaboração de um Projeto Assistencial de Enfermagem e o relatório desta prática assistencial, como trabalho de conclusão do curso de graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina, fundamentados nas teorias do Autocuidado de Dorothea E. Orem e do Interacionismo de Hildegard E. Peplau. Foi utilizado o referencial teórico elaborado pelas enfermeiras do CEPON, no cuidado a pacientes com diagnóstico de câncer. Os objetivos primordiais deste trabalho foram o de aplicar o Processo de Enfermagem, segundo a proposta das enfermeiras do CEPON, desenvolver e/ou aprimorar procedimentos no cuidado a pacientes com diagnóstico de câncer e trabalhar, junto à equipe de enfermagem, fatores estressantes em seu ambiente de trabalho. A operacionalização do referencial teórico proposto foi realizado da seguinte forma: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Plano de Ação ou Prescrição de Enfermagem e Evolução de Enfermagem. A população alvo escolhida para o desenvolvimento deste trabalho, foi a de pacientes internados na unidade de onco/hematologia, no período de setembro a novembro de 1997, sendo que o processo de enfermagem foi aplicado junto a três pacientes. Foi realizada uma oficina com a participação especial da Profª Enfª e Psic. Lorena M. Silva, sob o título de “Estresse x Ambiente de Trabalho”, como objetivo proposto no trabalho, com fins de atingir a equipe de enfermagem. Neste Projeto Assistencial, foi possível mostrar que através do referencial teórico, proposto pelas enfermeiras do CEPON, é possível sim, cuidar do paciente oncológico na sua integralidade, visando o seu autocuidado e a sua interação.

## SUMÁRIO

<b>1- INTRODUÇÃO.....</b>	<b>09</b>
<b>2- REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>12</b>
2.1- A Doença.....	12
2.2- Aspectos Epidemiológicos.....	16
2.3- O Confronto com a Doença.....	17
2.4- A Negação.....	20
2.5- O Cuidar.....	21
2.6- A Enfermeira Oncológica.....	24
<b>3- OBJETIVOS.....</b>	<b>26</b>
3.1- Objetivos Gerais.....	26
3.2- Objetivos Específicos.....	26
<b>4- REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>27</b>
4.1- Definição de Conceitos.....	28
4.2- Processo de Enfermagem.....	31
<b>5- METODOLOGIA.....</b>	<b>33</b>
5.1- Características do Local.....	33
5.2- Políticas e Diretrizes do CEPON .....	34

5.3- População Alvo.....	36
5.4- Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados.....	36
<b>6- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>64</b>
<b>7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>67</b>
<b>8- ANEXOS.....</b>	<b>71</b>
<b>9- EPÍLOGO.....</b>	<b>86</b>

## 1- INTRODUÇÃO

Atualmente, no Brasil, o câncer é a segunda causa mortis (SOARES, 1996), o que o torna cada vez mais uma patologia preocupante, sendo considerado um problema de Saúde Pública.

A frequência com que se depara com pacientes portadores de câncer internados nos hospitais gerais ou especializados, ou mesmo em tratamento ambulatorial, e a necessidade de incrementar práticas preventivas e de detecção precoce de câncer, tem levado os enfermeiros à busca de orientações específicas para prover melhor assistência em todos os níveis de prevenção.

A multiplicidade de ações que o enfermeiro pode desenvolver no atendimento à pessoa com câncer e na área preventiva e de detecção precoce está exigindo que os profissionais se preparem para o desempenho dessas ações.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (1995b) afirma que a análise da situação do câncer no Brasil, sugere que o controle desta doença depende, necessariamente, de medidas aplicadas setorialmente e de políticas governamentais abrangentes. Da mesma forma, depende do grau de consciência sanitária, individual e coletiva, e do poder efetivo que diferentes grupos sociais possuem para modificar determinada realidade. *“É importante reconhecer que a simples identificação da causa de um*

*câncer específico pode não ser suficiente para desencadear esforços preventivos. Podem ser necessários a educação (tanto profissional como da população em geral), a motivação individual e esforços de controle do câncer por parte da sociedade (inclusive medidas governamentais)” (UNIÃO INTERNACIONAL CONTRA O CÂNCER.,1990, p.68).*

Acredito que a enfermagem é uma profissão privilegiada por poder cuidar do indivíduo num todo. Esta visão holística, humaniza o indivíduo e o torna um ser único, com características singulares. A oncologia é uma das áreas que mais representa, nitidamente, essa singularidade, pois ela consegue aflorar sentimentos profundos em todos os que estão envolvidos, modificando muitas vezes, seus hábitos, costumes, crenças e comportamentos.

O meu interesse pela enfermagem oncológica, surgiu há mais ou menos 2 anos atrás, quando soube que um familiar próximo e muito querido havia sido diagnosticado câncer. Desde então, a minha pouca experiência e conhecimento sobre o assunto criaram obstáculos para que eu, de forma efetiva, pudesse ajudá-lo. Foi a partir desta situação que pude observar que minha formação como acadêmica de enfermagem estava incompleta, existia um espaço que deveria ter sido preenchido e até então não havia me dado conta disto. Foi preciso “a vida”, através de suas valiosas experiências, mostrar-me o quão importante essa área pode trazer de conhecimento e suporte para ajudar as pessoas nesse enfrentamento tão terrível que é o câncer.

O câncer, segundo CARDOZO (1997, p.16), *“é uma doença que afeta pessoas de todas as idades, sexos, culturas e situações sócio-econômicas. E quando esta doença afeta uma pessoa próxima a nós, ela torna-se uma experiência terrivelmente assustadora e muitas vezes esmagadora, pois traz à tona nossas limitações e também nossa impotência e vulnerabilidade frente a possibilidade eminente da morte”*.

Segundo SASSO apud CARDOZO (1997, p.20), *“a enfermagem é uma profissão que deve buscar uma vida mais saudável para o ser*

*humano/família/grupo através do desenvolvimento de circunstâncias que favoreçam a mobilização de forças internas e externas e as habilidades de enfrentamento.”*

Baseada nisso, resolvi desenvolver o meu trabalho de conclusão do curso de graduação em enfermagem na área de oncologia, por ter tido “consciência prática” da ausência desse assunto na minha formação acadêmica, bem como, da importância que o conhecimento pode proporcionar em meus futuros contatos com outros pacientes com diagnóstico de câncer, influenciando, significativamente, na qualidade do meu cuidado.

Este trabalho tem por objetivo expor os resultados relacionados à proposta de utilização do referencial teórico elaborado pelas enfermeiras do CEPON, no cuidado a pacientes com diagnóstico de câncer.

Durante a prática assistencial, foi utilizada a metodologia proposta pelas enfermeiras do CEPON que está fundamentada nas teorias do Autocuidado de Dorothea E. Orem e do Interacionismo de Hildegard E. Peplau.

O trabalho foi desenvolvido no período de 01/09/97 à 04/11/97 sob orientação da Professora Mestre em Enfermagem Vera Radünz e supervisão das Enfermeiras Nen Nalú Alves das Mercês, Laura Dutra e Aldanéa Norma de Souza.



## 2- REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1- A DOENÇA

HADDAD (1993, p.199) afirma que *“A doença traz ao indivíduo a conscientização de sua vulnerabilidade, pois com a hospitalização experimenta a solidão, o medo de perder seu auto-controle, medo da morte, de dar trabalho às pessoas e da dependência física, que são sentimentos originados de suas fantasias.”*

O câncer, segundo BRUNNER & SUDDART (1994, p.292.), *“é um processo mórbido que se inicia quando células anormais surgem de células normais do organismo, em consequência de algum mecanismo de alteração mal compreendido. À medida que a doença evolui localmente, essas células anormais proliferam-se, ignorando os sinais reguladores do crescimento no microambiente que circunda a célula.”*

Sendo o câncer uma lesão a nível do DNA celular, quanto maior o tempo de exposição do seu material genético aos agentes cancerígenos, maior será a chance de desenvolver uma neoplasia.

Confirmando essa colocação a FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO (1994) nos diz que: o câncer é uma doença na qual o tempo desempenha papel fundamental para o desenvolvimento de um processo neoplásico.

O MINISTÉRIO DA SAÚDE (1996) relata que a integridade do sistema imunológico, a capacidade de reparo do DNA danificado por agentes cancerígenos e a ação de enzimas responsáveis pela transformação e eliminação de substâncias cancerígenas introduzidas no corpo são exemplos de mecanismos de defesa e que esses mecanismos são, na maioria das vezes, geneticamente pré determinados variando de um indivíduo para outro. Fornece ainda como exemplo, o fato da existência de vários casos de câncer numa mesma família, bem como o porquê de nem todo fumante desenvolver câncer de pulmão.

Conforme o MINISTÉRIO DA SAÚDE (1995a), os agentes cancerígenos podem ser classificados como iniciadores, se causam diretamente o dano genético das células, ou promotores tumorais, se estimulam a taxa de crescimento das células lesadas. Estes, segundo a FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO (1994), são elementos lesivos que acabam por acarretar um aumento na probabilidade de ocorrência de lesões no nosso genoma, aumentando, consequentemente, na incidência de neoplasias.

Segundo BEYERS E DUDAS (1989) os tumores benignos caracterizam-se por um crescimento lento, que parece cessar ou atingir o equilíbrio, sendo que freqüentemente crescem dentro de uma cápsula fibrosa, formando uma massa discreta palpável e móvel, enquanto que os tumores malignos, tem um crescimento descontrolado e são capazes de invadir estruturas locais, crescendo com extensões “semelhantes a um caranguejo” que se infiltram nas paredes dos órgãos linfáticos e vasos sanguíneos.

Ainda BEYERS E DUDAS (1989, p.201) diz que: *“O tempo médio de duplicação de uma célula tumoral é de dois meses, embora alguns tumores se dupliquem em até cinco dias, enquanto outros levam mais de um ano. Em geral, quanto mais anaplásico é o tumor, mais rápido é o seu crescimento.”*

Para o MINISTÉRIO DA SAÚDE (1996), as causas do câncer são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando ambas inter-relacionadas. As causas externas relacionam-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural, enquanto que as causas internas são, geralmente, geneticamente pré determinadas e estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas.

O diagnóstico de câncer baseia-se, conforme BRUNNER & SUDDART (1994), na avaliação das alterações fisiológicas e funcionais e nos resultados da avaliação diagnóstica.

Geralmente, o que leva o paciente oncológico à morte, são as metástases. Com relação a isto, BRUNNER & SUDDART (1994), nos dizem que a metástase é a disseminação de células malignas do tumor primário para locais distantes através da disseminação direta das células tumorais para cavidades do organismo e através das circulações linfática ou sanguínea.

De acordo com DEITOS & GASPARY (1997, p.118) *“O câncer e seu tratamento constituem um estresse imposto sobre um indivíduo previamente hígido, envolvendo um processo de adaptação e a possibilidade de desordens de ajustamento.”*

As opções terapêuticas oferecidas aos pacientes com câncer devem basear-se em objetivos realistas e exequíveis, para cada tipo de câncer e o alcance dos possíveis objetivos terapêuticos pode incluir erradicação completa da doença maligna-(cura), sobrevida prolongada com a presença da doença maligna (controle) ou o alívio dos sintomas associados ao processo mórbido canceroso (paliação). (BRUNNER & SUDDART, 1994).

Para CLARK et al. (1997, p.284) *“a radioterapia é o tratamento do câncer e outras doenças com radiação ionizante. Radiação ionizante deposita energia que danifica ou destrói as células na área sendo tratada (o “tecido alvo”) pela danificação de seu material genético, tornando impossível que essas células continuem a crescer. Embora a radiação danifique tanto as células de câncer como*

*as células normais, as últimas são aptas a se reparar e funcionar apropriadamente. A radioterapia pode ser usada sozinha ou em combinação com a Quimioterapia ou cirurgia. Possíveis efeitos colaterais do tratamento com radiação incluem perda de cabelo temporária ou permanente na área sendo tratada, irritação da pele, mudança temporária da cor da pele na área sendo tratada e cansaço”.*

Com relação a quimioterapia, BONASSA (1992) afirma que esta consiste no emprego de substâncias químicas, isoladas ou em combinação e com o objetivo de tratar as neoplasias malignas. Diz ainda que são drogas que atuam a nível celular interferindo no seu processo de crescimento e divisão e que a sua utilização tem-se tornado uma das mais importantes e promissoras maneiras de combater o câncer, podendo ser empregado com objetivos curativos ou paliativos, dependendo do tipo de tumor da extensão da doença e da condição física do paciente.

No que se trata da ação da radioterapia e da quimioterapia sobre as células, tanto uma quanto a outra, não conseguem fazer distinção entre células malignas e normais. Por essas razões, os pacientes tendem a procurar alternativas que minimizem os efeitos colaterais provocados por esses tratamentos.

*“Os pacientes desenvolvem estratégias de reação para resolverem seus problemas e manterem seu equilíbrio.”* (BEYERS E DUDAS, 1989, p.235).

Quando o paciente tem apoio familiar e estes estão bem informados sobre a sua doença, o tratamento tende a fluir melhor. Reforçando este pensamento, EIZIRIK & FERREIRA (1991, p.485) nos dizem que: *“na medida em que esteja bem informada, de forma simples e realística, a família pode se tornar um aliado permanente, contribuindo não só no apoio e reassseguramento ao paciente, como também ao próprio médico.”*

## 2.2- ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE (1995a), quanto à posição do câncer em relação a outras doenças referente a mortalidade, este diz que está incluído entre as quatro primeiras causas de morte, ao lado das doenças do aparelho circulatório, causas externas, doenças infecciosas e parasitárias, e afecções do período perinatal.

Ainda MINISTÉRIO DA SAÚDE (1995a, p.10), afirma que: *“o aumento da mortalidade proporcional por câncer não se deve necessariamente ao aumento real da doença. O avanço da ciência e da tecnologia possibilitou a melhoria dos meios de diagnóstico e de tratamento”*.

A UNIÃO INTERNACIONAL CONTRA O CÂNCER, 1990, p.34) argumenta que: *“A taxa crescente no número de mortes por câncer em muitos países depende, de forma considerável, de fatores demográficos (o aumento na proporção de pessoas idosas, nas quais a maioria das neoplasias é mais freqüente) e até certo ponto da maior disponibilidade e melhoria dos métodos diagnósticos e procedimentos que permitem detectar o câncer antes da morte”*.

Conforme MINISTÉRIO DA SAÚDE (1997), O Instituto Nacional de Câncer estima que ao longo de 1997 terão sido diagnosticados no Brasil 248.355 novos casos de câncer, e que a quantidade de óbitos terá crescido 3% em relação a 1996, chegando a 97.705 mortes<sup>1</sup>. Do total de vítimas em 1997, estima-se que 52.540 serão do sexo masculino e 45.050 do sexo feminino. Nas mulheres, o câncer de mama deverá ser responsável pela maioria dos óbitos, levando à morte aproximadamente 6.780 mulheres. O tumor de colo do útero ocasionará 5.760 mortes. Nos homens, os tumores de pulmão, estômago, próstata e esôfago serão os responsáveis pelas mais altas taxas de mortalidade, vitimando 50% dos homens que morrerão de câncer no país. A faixa etária com maior índice de mortalidade por

---

<sup>1</sup> As estimativas foram elaboradas a partir de dados estatísticos da população e dos registros de incidência da doença.

câncer continua sendo a de 70 anos ou mais – com 33% das mortes – mas a quantidade de óbitos em pessoas em idade produtiva é expressiva: 35.935 pessoas com idade até 59 anos morrerão de câncer em 1997. Na Região Sul, o câncer de pulmão deverá liderar os novos casos nos pacientes do sexo masculino, e o de mama apresentará a maior incidência entre mulheres. Nas Regiões Norte e Nordeste, as patologias mais frequentes deverão ser o câncer de estômago, pulmão e próstata entre os homens e de mama e colo do útero entre as mulheres. No Sudeste, o câncer da próstata será o de maior incidência entre homens, e o principal em mulheres será o câncer de mama. No Centro-Oeste, o câncer de próstata também lidera as estatísticas de novos casos entre homens, e o de colo do útero será o de maior incidência entre mulheres.

### **2.3- O CONFRONTO COM A DOENÇA**

Segundo BARCKLEY apud BELAND E PASSOS (1997, p.33), “a história do câncer por mais antiga que seja para nós, é sempre nova e assustadora para o paciente. Esta doença, tão impregnada de estigmas, desperta nele seus problemas e sua fraqueza. Podemos ajudá-lo reconhecendo sua situação, e não minimizando-a e lembrando que todos os pacientes são indivíduos com diferentes graus de doença e maturidade, com diferentes antecedentes e pontos de apoio emocional. Podemos ajudá-lo, acima de tudo, com nossas próprias atitudes, que ele imediatamente percebe.”

HADDAD (1993, p.200), comenta que “dentre as doenças crônico-degenerativas, o câncer é a que causa maior desequilíbrio emocional no paciente e seus familiares, pois em nossa sociedade, esta moléstia tem a conotação de sofrimento, dor, degradação e morte.” Este afirma ainda que o medo do desconhecido é o grande gerador de angústias, ansiedades e dúvidas e por essas

razões, quanto mais informações forem divulgadas em relação ao câncer, mais segurança terão os profissionais e os familiares.

Reforçando essa afirmação, a UNIÃO INTERNACIONAL CONTRA O CÂNCER (1990, p.164), nos diz que *“a atitude que mais se destaca e assume maior importância é, provavelmente, o medo de ter câncer, de ser fatal, de que a doença provoque mutilações e muita dor. Esses medos podem variar em frequência e intensidade, assim como as reações dos pacientes a esses temores”*.

Diante desses fatores tão preocupantes, está o indivíduo que se vê obrigado a enfrentar uma nova realidade que se chama: CÂNCER!

Para EIZIRIK & FERREIRA (1991, p.483) *“O diagnóstico de câncer toma de surpresa não só o paciente mas toda a família, destruindo sua fantasia de imortalidade.”*

Ainda EIZIRIK & FERREIRA (1991), comenta que a convivência com pacientes cancerosos, que enfrentam a realidade factual ou fantasiada da deterioração física e emocional e da morte, não é uma tarefa fácil. Torna-se necessário para enfrentar este desgastante convívio, um grau de autoconhecimento e conhecimento da maneira de ser e reagir, bem como as próprias limitações, embora, aspectos religiosos, filosóficos e ideológicos de cada um contribuam para estruturar e colorir seu modo de reagir face à pessoa com câncer, o que há de comum entre todos é exatamente a questão da finitude da vida, do paciente e a própria.

Cada indivíduo enfrentará a sua doença de maneira distinta e dependendo do estágio da sua vida, este terá uma percepção diferente em relação ao câncer. Para confirmar este pensamento, BEYERS & DUDAS (1989, p.236) relata que *“O adulto jovem que tem câncer sentirá uma grande frustração por ter uma vida adulta inicial tão adversamente afetada. Os problemas financeiros podem ser maiores, a sexualidade pode ser mais importante, as oportunidades de trabalho podem ser mudadas. Os estresses do câncer em recém-casados podem ser esmagadores. O paciente solteiro independente pode precisar voltar a seu lar e novamente assumir um papel de dependência. A pessoa de meia-idade começa a lidar com as perdas*

*como uma parte do processo normal de desenvolvimento. Enfrentam as mudanças desenvolvendo relacionamentos e metas alternativas. A pessoa mais idosa sofre perda pelo declínio físico, pela perda do trabalho e pela perda de muitos de seus colegas.”*

Para a maioria dos indivíduos, o saber que tem câncer, ofusca todas as suas esperanças de vida, prejudicam sua auto-imagem, auto-estima e se deixam impregnar com pensamentos de que “o câncer é incurável”.

Sobre a reação do paciente frente ao câncer, BEYERS & DUDAS (1989) comentam que cada paciente conforme sua maneira de ser, responde ao câncer refletindo a sua personalidade, auto-imagem, cultura e experiências prévias, tanto fisiologicamente quanto psicologicamente.

Para BAUER et al. (1991, p.27) *“O saber que tem câncer é recebido pela maioria dos pacientes com medo, ansiedade, angústia, dúvidas e raiva. A intensidade desses sentimentos vai depender da personalidade e vivência de cada indivíduo”*.

A difícil tarefa de “aceitação” da doença, desafia o indivíduo a se auto-conhecer e encarar novas mudanças.

O câncer provoca ansiedades e dúvidas, tanto nos pacientes quanto em seus familiares.

LESHAN (1992), nos diz que o estresse provocado pelo câncer, em uma família, pode levar a uma comunicação muito mais plena e profunda entre seus membros e, em outra, pode ter o efeito oposto.

A família vai se adaptando ao diagnóstico de câncer, dependendo do relacionamento estabelecido com o indivíduo (familiar) e seu nível cultural.

*“A reação familiar pode funcionar como caixa de ressonância, ampliando as reações do paciente; ou, por outro lado, como continente de suas*



*ansiedades, auxiliando-o a enfrentar esta etapa difícil de sua vida” (EIZIRIK & FERREIRA, 1991, p.485).*

## **2.4- A NEGAÇÃO**

*“Os pacientes com câncer enfrentam muitos desafios em seu funcionamento psicológico normal para manter sua auto-estima.” (BEYERS & DUDAS, 1989, p.236).*

EIZIRIK & FERREIRA 1991 diz que a negação, é com frequência, um mecanismo de defesa encontrado pelos pacientes oncológicos com objetivo de permitir que convivam com uma realidade ansiogênica ou depressiva.

Essa defesa adotada pelos pacientes oncológicos, às vezes, inconscientemente, é uma forma de “enfrentamento” diante de sua “impotência” em encarar a doença e conseqüentemente, uma maneira de controlar seus sentimentos.

Segundo a UNIÃO INTERNACIONAL CONTRA O CÂNCER (1990) o diagnóstico do câncer provoca, entre outras coisas, um grande impacto emocional, sofrendo uma séria alteração na auto-imagem.

Para BEYERS & DUDAS (1989, p.237.) *“a negação é uma fase do processo de reação; ela revê uma dolorosa parte da realidade e a substitui por uma forma mais agradável”.*

Diante dessa difícil situação, que é o diagnóstico de câncer, o fator psicológico fica muito abalado, e isto pode contribuir, consideravelmente, para um agravamento da doença, levando à uma alteração no quadro clínico do paciente.

O câncer tem o poder de influenciar na comunicação do paciente com seus familiares, bem como outras pessoas que o cercam, provocando desta maneira,

mudanças no comportamento. Reforçando sobre comunicação, SILVA apud CARDOZO (1997, p.60), expõe que *“o comunicar faz parte do dia-a-dia de todos nós, homens que vivemos em sociedade, a comunicação é um componente essencial na vida de cada um”*.

Para tanto, é necessário uma comunicação franca entre pacientes, familiares, médicos e equipe de enfermagem, afim de proporcionar ao paciente, conforto e segurança durante seu tratamento.

BEYERS E DUDAS (1989) colocam ainda que na comunicação aberta o paciente pode expressar sentimentos de raiva, hostilidade, depressão ou tristeza sem julgamento ou represália e que estes (pacientes) precisam falar sobre sua doença e as implicações em suas vidas. Pelo fato de a família e amigos estarem exaustos, a equipe de enfermagem é a que pode fornecer um grande conforto e apoio ao paciente.

## **2.5- O CUIDAR**

O apoio ao indivíduo com diagnóstico de câncer, bem como a sua família, é fundamental para aliviar o estresse provocado pela doença, e sendo assim, a equipe de enfermagem deve estar “preparada” para dar esse suporte. Sustentando essa afirmação está a citação de BRUNNER & SUDDART (1994, p.291) que diz: *“o enfermeiro precisa estar preparado, para dar suporte o paciente e sua família através de uma ampla faixa de crises físicas, emocionais, sociais, culturais e espirituais.”*

É de suma importância o preparo desta equipe, pois depende dela a qualidade da assistência que vai ser oferecida ao cliente oncológico, bem como, o reflexo que esta vai proporcionar na qualidade de vida do paciente. Isto é reforçado por RADÜNZ (1994, p.12) que conceitua o cuidar profissionalmente, ou cuidar em

enfermagem como: “olhar enxergando o outro, é ouvir escutando o outro; observar, percebendo o outro, sentir, empatizando com o outro, estando disponível para fazer com ou para o outro aqueles procedimentos técnicos que ele não aprendeu a executar ou não consegue executar, procurando compartilhar o saber com o cliente e/ou familiares a respeito, sempre que houver interesse e/ou condições para tal.”

A reabilitação no câncer é definida pela UNIÃO INTERNACIONAL CONTRA O CÂNCER (1990, p.156), “como um processo para minimizar as disfunções física, psicológica, social ou vocacional resultantes da doença ou de seu tratamento, incluindo medidas que visam à prevenção e a recuperação”.

REMEN (1993, p.35) acrescenta que “não nos surpreende que os profissionais para quem a doença e até a morte se tornaram parte da vida cotidiana busquem proteção para não sentir nem compartilhar o sofrimento, medo, raiva ou até a solidão dos outros. O estresse emocional dessas pessoas é enorme e, como estratégias, a classificação representa um esforço inconsciente para adquirir imunidade contra a dor e o sofrimento. Infelizmente essa proteção também impede que os profissionais da saúde percebam a unicidade do paciente. Precisamos buscar outras maneiras que permitam ao profissional estar presente, sem ser derrotado pelo sofrimento e pela tragédia que o cercam”.

Conforme BEYERS E DUDAS (1989, p.238) “atender as necessidades psicológicas do paciente requer habilidades moduladas pela compaixão. Compaixão significa “sofrer com”, e é esta qualidade que capacita a enfermeira a manter sensibilidade aos sentimentos e problemas do paciente. A compaixão cria paciência com os indivíduos doentes que tem dias nos quais estão com raiva, hostis, humilhados, irritáveis e impacientes”.

É importante também, que o paciente possa ter acesso as informações, afim de que desta maneira consiga elaborar ou participar do planejamento do seu cuidado.

Em relação ao autocuidado, o paciente, juntamente com o profissional, vão identificar os problemas e determinarão ações que deverão ser tomadas, podendo haver em algumas ocasiões, intervenção do profissional. É importante que o paciente e/ou família participem destas discussões, pois as decisões tomadas auxiliarão no desenvolvimento do tratamento e dos cuidados, possibilitando e incentivando a independência do paciente na relação paciente/profissional.

Complementado o que acima foi citado, GAIPERIM (1988, p.48) nos fala que: *“trabalhar com o autocuidado implica mudanças de valores, atitudes e comportamentos, tanto para o cliente como para a equipe de enfermagem.”*

A assistência de enfermagem com base na visão holística tende a possibilitar que o paciente possa ser assistido num todo, considerando-o antes de qualquer outra coisa, um ser humano com preocupações, medos e conflitos semelhantes aos nossos. Por essas razões, é importante que aprendamos a desenvolver uma maior sensibilidade, percepção e comunicação para com o paciente.

SILVA (1996, p.41) relata que *“o saber ouvir é técnica de comunicação terapêutica, é um recurso que o enfermeiro pode e deve usar na interação com o cliente. O saber ouvir no relacionamento terapêutico enfermeiro/ cliente requer do mesmo esforço de concentração, disponibilidade de tempo para dedicar ao cliente e reflexão profunda para tentar entender o significado da mensagem que o mesmo transmite.”*

REMEN (1993) nos complementa falando da importância do toque, da cor, do som, da textura e do aroma como meios de conforto e de comunicação pessoal e que desconhecidamente, tem um papel estimulante à cura.

Todos esses cuidados são importantes para o paciente, proporcionando um melhor bem estar, e conseqüentemente, minimizando seus desconfortos, sofrimentos e descrenças. Porém, as vezes, esquecemos de um ponto muito importante que é o de cuidarmos de nós mesmos antes de tudo, pois se não estivermos “bem”, a qualidade deste cuidado não será tão efetiva.

KEEN apud RADÜNZ (1994, p.37) comenta que *“se não formos capazes de cuidar primeiro de nós como indivíduos e depois, dos colegas enfermeiros, então o cuidado que prestamos aos nossos clientes não é tão bom quanto poderia ser.”*

## **2.6- A ENFERMEIRA ONCOLÓGICA**

Para poder dar suporte ao indivíduo com diagnóstico de câncer, a enfermeira deve possuir um perfil “específico” e estar preparada psicologicamente e tecnicamente para assumir essa tarefa. Com relação a isto, RADÜNZ (1994, p.47) afirma que *“a enfermeira em oncologia é um ser humano possuidor de um “feeling” especial para com os outros e para com ela mesma, com competência na área de Enfermagem Oncológica, que cuida de si mesma e profissionalmente dos outros, que procura despertar nos outros e nela mesma a capacidade que o indivíduo tem para desempenhar os seus papéis e que desenvolve empatia ao interagir terapêuticamente”*.

BOUSSO apud SCHAEFER et al (1992, p.05) descreve que *“a enfermeira comprometida vive suas experiências e aprende sobre si mesma e conhece seus sentimentos e necessidades, trabalha com eles, aceita-se como pessoa a caminho da auto-estima podendo assim ajudar seus pacientes.”*

Os profissionais que trabalham na área oncológica estão frequentemente vivenciando situações que geram conflitos e estresse, pois tendem a presenciar muitas perdas por mortes, tristeza dos familiares e do próprio paciente, as pressões quanto a responsabilidade de “curar” ou prolongar a vida, entre outras.

Segundo BRASIL apud CARDOZO (1997, p.20), *“os profissionais que trabalham em oncologia estão expostos dia-a-dia do seu trabalho, a situações geradoras de conflitos, que muitas vezes são transferidos para as relações*

*interpessoais. Esses conflitos geralmente demandam apoio psicológico para os elementos da equipe de saúde. Porém, pouco ou quase nenhum cuidado tem-se tomado em relação à saúde mental dos profissionais desta equipe”.*

BEYERS E DUDAS (1989, p.236) comentam que: *“a avaliação de percepção dos problemas pelo paciente, das respostas dele a eles e as estratégias de reação do paciente podem fornecer a estrutura sobre a qual a enfermeira determina as intervenções que irão aliviar o sofrimento e propiciar o ajustes às novas circunstâncias da vida”.*

BRUNNER & SUDDART (1994) relata que é importante que o enfermeiro se prepare para poder sustentar o paciente e sua família diante das crises físicas, emocionais, sociais, culturais e espirituais que irão passar.

Para finalizar RADÜNZ (1994, p.9), nos fala que *“o cliente com câncer é um ser humano que tem o direito de decidir. É dever da enfermeira compartilhar o conhecimento a respeito para que o cliente possa fazer sua escolha, devendo esta escolha ser respeitada, mesmo que ela não a aceite.”*

### **3- OBJETIVOS**

#### **3.1- OBJETIVOS GERAIS**

- ◆ Prestar cuidados de enfermagem a pacientes com diagnóstico de câncer, utilizando a metodologia proposta pelas enfermeiras do CEPON, baseado nas Teorias de Dorothea E. Orem e Hildegard E. Peplau.
- ◆ Identificar fatores estressores com a equipe de enfermagem.

#### **3.2- OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- ◆ Aplicar o Processo de Enfermagem, segundo a proposta das enfermeiras do CEPON.
- ◆ Desenvolver e/ou aprimorar procedimentos no cuidado a pacientes com diagnóstico de câncer.
- ◆ Trabalhar, junto à equipe de enfermagem, fatores estressantes em seu ambiente de trabalho.

## 4- REFERENCIAL TEÓRICO

A proposta metodológica de assistência aos pacientes oncológicos, elaborada pelas enfermeiras Luciana Martins da Rosa Ávila ; Rosineide Sant'ana e Carmen Beatriz Garcia Igiski, foi baseada no referencial teórico do Autocuidado de Dorothea E. Orem e o Interacionismo de Hildegard E. Peplau.

Segundo AVILA et al. (1997), *“a prática assistencial fundamentada nas Teorias de Hildegard E. Peplau e Dorothea Orem, possibilita o desenvolvimento das ações interativas do Serviço de Enfermagem com o paciente/cliente oncológico, ou seja, paciente, enfermeiro e família relacionam-se com a finalidade de diagnosticar e conhecer os problemas e as necessidades do cliente/família, com a intenção de elaborar um plano de ação de enfermagem.”*

GEORGE (1993, p.300) comenta que: *“Hildegard Peplau apresenta a enfermagem como interações terapêuticas entre a enfermeira e o paciente para esclarecer os problemas do paciente e para, reciprocamente, estabelecer metas aceitáveis de solução desses problemas. Pode ocorrer conflito, caso a enfermeira e o paciente não concordem acerca das metas; no entanto, tanto o paciente quanto a*



*enfermeira devem crescer com tal experiência. Peplau identifica quatro fases na relação: orientação, identificação, exploração e resolução.”*

Ainda GEORGE (1993, p.301) diz que: *“a teoria de enfermagem de Dorothea Orem consiste em três construtos teóricos: autocuidado, deficiência de autocuidado e sistemas de enfermagem. O construto do autocuidado divide-se nos três requisitos de autocuidado: autocuidado universal, autocuidado de desenvolvimento e autocuidado que se desvia da saúde. O construto da deficiência do autocuidado é a essência da teoria geral de enfermagem de Orem, porque ele identifica quando há necessidade da enfermagem. O construto dos sistemas de enfermagem divide-se nos sistemas de enfermagem totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio educação.”*

#### **4.1- DEFINIÇÃO DOS CONCEITOS**

Os conceitos que seguem abaixo, foram elaborados por AVILA et al.,1997.

**HOMEM:** “é um ser livre, vivendo em sociedade, com características próprias e individuais; com direito a qualidade de vida, a liberdade e a segurança; com igualdade de direitos; sem distinção de qualquer espécie, seja raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política e classe social; com direito a ser aceito, respeitado, reconhecido, estimulado e compreendido como pessoa, com capacidade de aprender e ensinar, de aceitar e propor mudanças”.

**FAMÍLIA:** “primeiro grupo social do homem com o qual ele interage constantemente em todos os momentos. Serve de apoio em seus momentos de crise; no processo saúde/doença. Atua como suporte, interagindo com os serviços de saúde e ao mesmo tempo também precisa de cuidados, orientações e acompanhamentos dos profissionais de saúde. Tem participação ativa no processo

do cuidado, da recuperação e/ou readaptação a uma nova condição, auxiliando na busca pela qualidade de vida.”

**COMUNIDADE:** “é o segundo grupo após a família no qual o ser humano está inserido. É o ambiente cultural, social e profissional que o caracteriza em suas crenças, valores e as percepções do indivíduo. Tem importante papel no processo saúde/doença, através do desenvolvimento de ações que visem educar e apoiar o ser que teve intercorrência no seu ciclo vital, numa prática cooperativa, promovendo a qualidade de vida e minimizando os sofrimentos do portador de câncer.”

**SAÚDE:** “é uma condição de bem estar e de qualidade de vida do ser humano, num constante processo de interação e equilíbrio consigo mesmo e com o meio.”

**DOENÇA:** “doença/câncer em oncologia não representa uma única doença, mas é um processo comum a um grupo de manifestações não saudáveis que diferem em sua etiologia, frequência e manifestações clínicas, que alteram a vida numa proporção multidimensional, de acordo com os critérios pessoais/culturais/situacionais.”

**CLIENTE ONCOLÓGICO:** “corresponde ao nosso conceito de “homem” interagindo com o seu processo de doença. Neste processo ele apresenta manifestações gerais que o leva a procurar os serviços de saúde, para investigar as causas destas alterações no seu contexto de vida e saúde, buscando uma forma de amenizá-las e visando a remissão e/ou controle da doença com qualidade de vida, dentro de um processo interativo com os profissionais de saúde e a família.”

**ENFERMAGEM:** “ é a arte de cuidar em saúde, buscando qualidade de vida em forma técnica e humanizada. Seu exercício exige conhecimento científico próprios a serem consolidados e ampliados. Possui habilidades para promover a educação, em constante interação com o paciente, procurando atender suas necessidades, estimulando e promovendo o autocuidado, utilizando os recursos da família, considerando a realidade do contexto no qual está inserido.”

**QUALIDADE DE VIDA:** Segundo TWYXCROSS apud AVILA et al. (1997), “qualidade de vida é a satisfação subjetiva experimentada e/ou expressada pelo indivíduo, sendo influenciada pelos aspectos pessoais, físicos, psicológicos, sociais e espirituais. Há uma boa qualidade de vida, quando as aspirações dos indivíduos são satisfeitas e cumpridas na existência atual.”

**O MORRER:** “é o processo mais íntimo da existência humana não compartilhado, em que os padrões das atividades físicas e mentais do enfermo decresce continuamente até a sua cessação definitiva, acompanhado pelos familiares e/ou equipe de saúde.”

**INTERAÇÃO:** Segundo SILVA apud AVILA et al. (1997) “é o processo de percepção e comunicação entre pessoas e o meio ambiente, entre pessoas e pessoas, representado por comportamentos verbais e não verbais.”

É a troca de experiências durante qualquer momento da vida.

**AUTOUIDADO:** Segundo CAMPEDELLI apud AVILA et al. (1997) “as pessoas são livres para acertar, para aprender, para utilizar ou rejeitar o que lhe é o oferecido, para pedir ajuda, para obter todas as informações acerca de si mesmo.

Autocuidado constitui o cuidar de si mesmo ou do outro, às vezes necessitando de orientações sobre o respectivo cuidado a ser prestado, para tanto é necessário interação entre os envolvidos.

**EDUCAÇÃO:** Conforme TELES apud AVILA et al. (1997) “educação é o desenvolvimento de uma consciência crítica, isto é, aquela que examina os fatos com profundidade, que aceita as mudanças da realidade, que busca os princípios causais, autênticos, que testa, revisa, é livre de preconceitos, repele posições acomodados, aceita responsabilidades, é indagadora, investiga, força, choca, ama e nutre-se do diálogo e aceita o novo, assim como o velho, na medida em que são válidos”.

## 4.2- PROCESSO DE ENFERMAGEM

Para AVILA et al. (1997) o processo de enfermagem “*é um método científico de ações deliberadas para identificação e resolução de problemas, atividade intelectual planejada pelo enfermeiro, objetivando a sistematização da prática de enfermagem, com o intuito de satisfazer as necessidades do cliente/família/comunidade, educando-os para o autocuidado.*”

Neste trabalho, foi utilizado a metodologia proposta pelas enfermeiras do CEPON que está fundamentado nas teorias de Hildegard E. Peplau e Dorothea E. Orem.

As fases do Processo de Enfermagem de Hildegard E. Peplau e Dorothea E. Orem foram adaptadas pelas enfermeiras do CEPON e são compreendidas, conforme AVILA et al. (1997), da seguinte forma:

***Histórico de Enfermagem:*** “*é a fase onde o paciente esclarece seus problemas, suas necessidades através de uma investigação planejada pelo enfermeiro, observando suas reações de modo bio-psíquico, sócio-cultural e espiritual. Os dados são coletados através da interação com o paciente/família, avaliação física, laboratorial e de diagnóstico médico. Tem como objetivo, além de sistematizar os problemas, minimizar as tensões e ansiedades associadas ao medo do desconhecido, de forma também a prevenir problemas futuros.*”

Identifica-se nesta fase as deficiências de autocuidado, e a capacidade da pessoa para efetuar o autocuidado, seus conhecimentos, habilidades e motivação para tal atividade.(ver anexo 01).

***Diagnóstico de Enfermagem:*** “*os dados coletados são delineados e analisados, identificando o problema real ou potencial, onde a atuação do enfermeiro irá se processar. Estes dados são detectados e analisados criteriosamente, com o objetivo de identificar a área a ser focalizada pela ação do profissional de enfermagem.*

*Tais dados serão analisados pelo profissional juntamente com o cliente/paciente, interagindo, buscando soluções e priorizando os problemas a serem trabalhados.”*

***Plano de Ação (Prescrição de Enfermagem):*** “*determinação da ação a ser executada em relação aos problemas detectados. O cliente e sua família devem ser consultados antes da formulação de metas e objetivos. São desenvolvidas habilidades para prevenir, reduzir ou retificar os problemas encontrados no diagnóstico de enfermagem.*”

O enfermeiro elabora um plano para o autocuidado que pode ser dependente, parcialmente dependente ou independente com apoio e educação. (ver anexo 01).

***Evolução de Enfermagem:*** “*período de identificação de mudanças no cliente (comparação com o histórico) em decorrência do plano de ação colocado em prática. Este processo de avaliação deve ser contínuo e realizado pelo paciente e enfermeiro, podendo resultar na resolução de problemas ou até na correção do plano de cuidados tendo sempre o objetivo de alcançar as metas planejadas.*” (ver anexo 01).

## **5- METODOLOGIA**

### **5.1- CARACTERÍSTICAS DO LOCAL**

Este trabalho foi desenvolvido no Hospital do CEPON (Centro de Pesquisas Oncológicas), que está localizado na rua: General Bittencourt, nº 326 no Centro de Florianópolis.

O CEPON é um serviço público de referência no tratamento de pacientes com diagnóstico de câncer no Estado de Santa Catarina (vinculado a Secretaria do Estado da Saúde) e Centro de Referência da Organização Mundial da Saúde para a Medicina Paliativa no Brasil, sendo esta Instituição mantida por recursos de uma Fundação Privada, a FAHECE (Fundação de Apoio ao HEMOSC e CEPON).

O Hospital do CEPON é o antigo Hospital de Apoio, que passou por uma ampla reforma sendo inaugurado no dia 11 de setembro de 1996 e foi planejado para oferecer um tratamento humanizado ao paciente com diagnóstico de câncer e sua família.

Este Hospital destina-se à internação de pacientes clínicos oncológicos, onco/hematológicos e de cuidados paliativos, sendo que as solicitações de internação só podem, ser feitas por médicos do corpo clínico do CEPON.

O Hospital do CEPON tem capacidade para 43 leitos e uma equipe de aproximadamente 93 funcionários, incluindo as áreas de enfermagem, nutrição, serviço social, farmácia e administração. Os serviços como nutrição, lavanderia e zeladoria são terceirizados e contam com aproximadamente 31 funcionários. A área de enfermagem conta com aproximadamente 17 enfermeiros, 36 técnicos e 4 auxiliares de enfermagem.

A distribuição de leitos no Hospital é a seguinte:

♦ Serviço de Oncologia	25 leitos;
♦ Serviço de Onco/hematologia	05 leitos
♦ Serviço de Cuidados Paliativos	12 leitos
♦ Todos os Serviços	01 de isolamento

## **5.2- POLÍTICA E DIRETRIZES DO CEPON**



Prestar assistência médica, de enfermagem, de nutrição, psicológica e social, aos pacientes portadores de câncer;



Ser Centro de Referência no tratamento do câncer em Santa Catarina;



Efetivar pesquisas na especialidade de forma autônoma e integrada a Instituições afins, do país e do exterior;



Promover o ensino de oncologia, hematologia e cuidados paliativos no âmbito da pós-graduação nas unidades da Secretaria de Estado da Saúde;



Esclarecer e orientar a população sobre a prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, através de campanhas de difusão;



Promover treinamento especializado e aperfeiçoamento de pessoal técnico nas áreas de oncologia, hematologia, cuidados paliativos, enfermagem, serviço social, nutrição e psicologia oncológica;



Promover cursos, congressos e atividades afins nas especialidades citadas anteriormente;



Manter convênios com entidades públicas e privadas para treinamento, ensino e pesquisas nas suas áreas de atuação;



Colaborar com órgãos da Secretaria de Estado da Saúde na solução de problemas médico-hospitalares relacionados com atividades de oncologia, hematologia, cuidados paliativos, enfermagem, nutrição, serviço social e psicologia.

A unidade onde o estágio foi desenvolvido, é a de onco/hematologia, sendo esta composta por 05 enfermarias, cada uma com 06 leitos; 01 central de diluição de quimioterapia; 01 posto de enfermagem; 01 sala de utilidades; 01 DML/expurgo; 01 copa; 01 refeitório para os pacientes; 01 rouparia; 01 sala para plantão médico.

A equipe de enfermagem que atua nesta unidade é composta por:

- ♦ 07 enfermeiros
- ♦ 18 técnicos de enfermagem
- ♦ 02 auxiliares de enfermagem



### **5.3- POPULAÇÃO ALVO**

A população alvo deste trabalho foi composta de pacientes adolescentes e adultos, de ambos os sexos, internados na unidade de onco/hematologia do Hospital do CEPON.

O processo de enfermagem, conforme a utilização da proposta das enfermeiras do CEPON, foi aplicado a 03 pacientes. Todos, sem exceção, aceitaram participar deste trabalho, contribuindo da melhor maneira possível. Foi concedido o direito de desistência ou não participação em qualquer momento que julgassem necessário.

Não houve nenhum caso de desistência ou recusa.

### **5.4- APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

*Objetivo nº 1 - Aplicar o Processo de Enfermagem, segundo a proposta das enfermeiras do CEPON.*

Durante o início do estágio, realizei individualmente, visitas diárias a todos os pacientes internados na unidade de onco/hematologia.

Conforme fui selecionando os pacientes, as visitas ficaram restritas aos mesmos. Acompanhei as visitas realizadas com as enfermeiras, algumas vezes por semana, e com toda a equipe multidisciplinar, uma vez por semana, tanto na unidade de onco/hematologia, quanto na unidade de cuidados paliativos.

Todas essas visitas serviram-me para avaliar as condições do paciente e consequentemente, aplicar o processo de enfermagem.

Uma outra estratégia utilizada, com fins de aplicação do processo, foi a oportunidade de acompanhar as passagens de plantão, na qual, em várias ocasiões foi possível fazer interferências, no sentido de enriquecer as colocações, quando se tratava do paciente selecionado.

Foram feitas anotações diárias das conversas que mantinha com os pacientes, enfatizando os problemas expostos e, em algumas ocasiões, contribuindo para minimizá-los.

Durante essas conversas, procurei estar sempre atenta, observando as expressões faciais dos pacientes, que em muitas ocasiões me diziam muito mais que suas próprias palavras.

Exemplificando, menciono uma situação que me ocorreu durante uma conversa com a paciente V.

*Acadêmica: - Como foi para a senhora, receber a notícia de sua doença?*

*Paciente V.: Esta me olhou vagarosamente, silenciou por alguns instantes e disse:*

*- Eu já esperava.*

*Fez novamente uma pausa, e então perguntei sobre a reação da família com relação a sua doença.*

*Ela olhou fixamente para frente e uma lágrima rolou de seu rosto, pegou a toalha que estava na sua mão e colocou-a sobre o rosto, tentando esconder seu choro.*

*Segurei sua mão e esta se acalmou um pouco, fez novamente uma breve pausa e disse:*

*- Não é fácil!*

Mediante esta situação, lembrei-me de uma citação de SILVA (1996, p. 41) na qual este dizia: “o saber ouvir é técnica de comunicação terapêutica, é um recurso que o enfermeiro pode e deve usar na interação com o cliente. O saber ouvir no relacionamento terapêutico enfermeiro/cliente requer do mesmo esforço

*de concentração, disponibilidade de tempo para dedicar ao cliente e reflexão profunda para tentar entender o significado da mensagem que o mesmo transmite”.*

Procurando ir ao encontro do que preconiza a metodologia de assistência proposta, prestei atenção no que diz respeito a interação com o paciente, para que os problemas fossem sistematizados, os medos, tensões e ansiedades minimizados (AVILA et al., 1997).

No que diz respeito a capacidade do autocuidado, algumas deficiências para tal foram identificadas. Os três pacientes deste trabalho foram considerados independentes com apoio e educação (item proposto no anexo 1), sendo que os mesmos foram estimulados a efetuar procedimentos de autocuidado, o que ficou evidente nas prescrições de enfermagem.

A seguir, apresento as etapas do processo de enfermagem aplicado a 03 pacientes.

# CEPON HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

( ) Ambulatório

( X ) Hospital – ( X ) Oncologia/Oncohematologia ( ) Suporte Oncológico

NOME: I.J.V. ENF/LEITO: 3/5 REGISTRO: 713

DIAGNÓSTICO: NEOPLASIA DE RETO

QUIMIOTERAPIA: ( ) SIM ( X ) NÃO PROTOCOLO: \_\_\_\_\_

PACIENTE CHEGOU: ( ) DEAMBULANDO ( ) MULETAS ( ) MACA  
( X ) CADEIRAS DE RODAS ( ) AUXILIADO ( ) OUTROS

## RELATO DO PACIENTE (Interação Paciente / Família / Enfermeiro)

Paciente procedente de Curitiba, solteira, 60 anos, mora com a mãe, 03 irmãos e um sobrinho (filho-Adotivo) em casa de madeira com 07 cômodos. Tem como hábitos: tomar banho 1x ao dia e fazer 2 refeições dia. Atualmente refere falta de apetite. Diz que parou de trabalhar há ± dois anos por causa do seu problema. Nega tabagismo, etilismo ou outros vícios. Tem história de câncer na família (tios: não sabe o tipo). Sabe do seu diagnóstico: menciona a palavra "tumor maligno". Conta que veio ao ambulatório do CEPON fazer uma consulta e que devido ao seu estado de fraqueza, emagrecimento e dores, teve que ficar internada no Hospital do CEPON (1ª vez).

Relata ter um bom relacionamento com seus familiares e sente muita preocupação com o seu filho adotivo de 16 anos, que ficou em casa e que depende muito dela.

Diz ser alérgica a carne de frango e chocolate.

Acha o hospital do CEPON muito bom e espera que o médico feche sua fistula, que a incomoda muito.

## MEDICAMENTOS QUE FAZ USO

## AUTO CUIDADO

SER FÍSICO: ( ) DEPENDENTE ( ) PARCIALMENTE DEPENDENTE ( X ) INDEPENDENTE COM APOIO-EDUCAÇÃO

## IMPRESSÃO DO ENFERMEIRO EM RELAÇÃO AO PACIENTE/FAMÍLIA

Paciente lúcida, comunicativa e deambulante (se estimulada).

Descorada, um pouco astênica e com pele ressequida.

Comunicativa, se estimulada, ansiosa quanto a hospitalização e preocupada com o sobrinho (filho-adotivo) que está em Curitiba.

Precisa de apoio emocional.

Não recebeu visitas durante a semana.

Sente-se um pouco constrangida pelo odor (fistula reto-vaginal), permanecendo no leito constantemente.

## EXAME FÍSICO

PRESSÃO ARTERIAL: 100 x 60 mmHg PULSO: 72 bpm RESPIRAÇÃO: 16 mrpm TEMPERATURA: 35,9°C  
 PESO: 40Kg ALTURA: 1.53 m SUPERFÍCIE CORPORAL: 1.32 m<sup>2</sup>  
 CONDIÇÕES DA REDE VENOSA: boas condições venosas  
 AVALIAÇÃO DO TECIDO SUBCUTÂNEO: pouco tecido subcutâneo (quadrante abdominal)

1. CABEÇA E PESCOÇO: ( ) Normal ( X ) Alterações Presença de seborréia.  
Diminuição da acuidade visual. Usa prótese dentária (parte superior), dentes em péssimo estado (parte inferior).

2. TRONCO-DORSAL: ( X ) Normal ( ) Alterações \_\_\_\_\_

3. MAMAS: ( X ) Normal ( ) Alterações \_\_\_\_\_

4. ABDOME: ( ) Normal ( X ) Alterações Distendido.

5. SISTEMA GENITO-URINÁRIO E PERINEAL: ( ) Normal ( X ) Alterações Presença de  
fístula reto-vaginal. Faz uso de fraldas.

## 6. ELIMINAÇÕES:

Urina: Escura  
 Fezes: Líquidas (fístula reto vaginal)  
 Vômito: 1 episódio (aspecto: restos alimentares)  
 Menstruação: Climatério  
 Outras secreções: -

7. MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES: ( ) Normal ( X ) Alterações Edema em  
MMII.

## 8. DOR: ( X ) SIM ( ) NÃO

Localização: Nos quadris que se irradia para os MMII  
 Grau: Moderada e incidental  
 O que alivia: Medicamentos

## 9. OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

DATA: 03/10/97 HORA: 17:15h ENFERMEIRO RESPONSÁVEL: NEUSELI DE QUADROS

CARIMBO: Acad. Enfermagem - UFSC

## **EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

*I. (09/10/97)*

**S** Paciente referiu vômitos pela manhã (varias vezes, aspecto: restos alimentares).

**O** - Paciente lúcida, pouco comunicativa e pouco deambulante;

- Prostrada, acamada, astênica e descorada;
- Apresentou vários episódios de vômito;
- Aceitando pouco a dieta v.o.
- Controle de diurese -> urinando pouco;
- Em fluidoterapia em MSE;
- Queixa álgica em MIE;
- Nauseada;
- S.V. estáveis;
- Eliminações intestinais -> pouca quantidade;
- Edema em MMII;

**C** - Estimular ingesta hídrica e alimentar;

- Estimular a deambulação;
- Controle de diurese;
- Fazer higiene vaginal com ½ S.F. (250 ml) + ½ povidine com cateter nº 6;
- Observar e anotar referências álgicas após higiene vaginal;
- Oferecer apoio emocional;
- Verificar S.V.

Acadêmica de Enfermagem Neuseli

*I. (14/10/97)*

**S** Paciente referiu melhora no “vazamento” de fezes líquidas no canal vaginal. Diz que sua urina está saindo com um pouco de sangue. Refere ainda dor na perna esquerda.

**O** - Paciente lúcida, comunicativa e pouco deambulante;

- 2 episódios de vômito pela manhã -> não tolera ingerir líquidos;
- Caquética, hipocorada;
- Edema em MMII ++++ e MSD +;

- Em controle de diurese -» não avisa que vai urinar para a equipe, conseqüentemente não guarda a urina, prejudicando o controle;
- Eliminações intestinais - » amolecidas;
- Presença de hematúria;
- Queixa álgica em MIE;
- Em fluidoterapia em MSE;
- Aceitando pouco a dieta.

- C**
- Estimular higiene perineal;
  - Estimular ingesta hídrica;
  - Observar e registrar evolução do edema;
  - Observar e anotar eliminações;
  - Controle de diurese;
  - Registrar queixas álgicas;
  - Oferecer apoio emocional;
  - Estimular a deambulação;
  - Verificar S.V.

Acadêmica de Enfermagem Neuseli

CEPON

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PCTEL PARCIALMENTE DEPENDENTE

UNIDADE CEPON	DIAGNÓSTICO NEO DE RETO
------------------	----------------------------

NOME L.J.V.	IDADE 60 anos		REGISTRO 713
CATEGORIA	SUS	SERVIÇO ONCOHEMATOLOGIA	UNIDADE I
			ENF/LEITO 3/5

DATA	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
(09/10/97)	1 - Estimular ingestia hídrica e alimentar	N M T	T
	2 - Estimular a deambulação	N M T	T
	3 - Controle de diurese	N M T	T
	4 - Fazer higiene vaginal com 1/2 S.F. (250 ml) + 1/2 povidine com cateter nº 6	N M T	T
	5 - Observar e anotar referências algicas após higiene vaginal	ATENÇÃO !	
	6 - Oferecer apoio emocional	N M T	T
	7 - Verificar S.V.	N M T	T
	Acadêmica de Enfermagem Neuseli		
(14/10/97)	1 - Estimular higiene perineal	N M T	T
	2 - Estimular ingestia hídrica	N M T	T
	3 - Observar e registrar evolução do edema	N M T	T
	4 - Observar e anotar eliminações	N M T	T
	5 - Controle de diurese	N M T	T
	6 - Registrar queixas algicas	ATENÇÃO !	
	7 - Oferecer apoio emocional	N M T	T
	8 - Estimular a deambulação	N M T	T
	9 - Verificar S.V.	N M T	T
	Acadêmica de Enfermagem Neuseli		



# CEPON HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

( ) Ambulatório

( X ) Hospital – ( X ) Oncologia/Oncohematologia ( ) Suporte Oncológico

NOME: J.J.B. ENF/LEITO: 2/4 REGISTRO: 395

DIAGNÓSTICO: SARCOMA DE EWING

QUIMIOTERAPIA: ( X ) SIM ( ) NÃO PROTOCOLO: \_\_\_\_\_

PACIENTE CHEGOU: ( X ) DEAMBULANDO ( ) MULETAS ( ) MACA  
( ) CADEIRAS DE RODAS ( ) AUXILIADO ( ) OUTROS

## RELATO DO PACIENTE (Interação Paciente / Família / Enfermeiro)

Paciente procedente de Itajaí, solteiro, 24 anos, mora com a mãe, irmão e avó em casa própria.  
Atualmente não trabalha, devido ao seu problema. Solteiro, tem como hábitos: fazer 5 refeições ao dia e tomar banho 1x ao dia. Nega etilismo, tabagismo, porém já experimentou maconha.  
Relata ainda que soube de seu diagnóstico após fazer uma T.C., pois até então achavam que seu problema era na coluna. Suas fortes dores na região da bacia, levaram-no a ficar internado em Itajaí, sendo transferido posteriormente para o Hospital do CEPON para fazer tratamento quimioterápico. Fez alguns ciclos e parou porque estava se sentindo bem.  
Retornou atualmente, para continuar com a quimioterapia.  
Relata ainda não ter história familiar de CA e que tem um bom relacionamento com os familiares.  
Diz não ter alergias.

## MEDICAMENTOS QUE FAZ USO

Dimorf

## AUTO CUIDADO

SER FÍSICO: ( ) DEPENDENTE ( ) PARCIALMENTE DEPENDENTE ( X ) INDEPENDENTE COM APOIO-EDUCAÇÃO

## IMPRESSÃO DO ENFERMEIRO EM RELAÇÃO AO PACIENTE/FAMÍLIA

Paciente lúcido, comunicativo e deambulante.  
Palidez cutânea, devido a sua anemia diagnosticada.  
Demonstra “discretamente” um pouco de culpa por ter interrompido o tratamento quimioterápico.  
Aparentemente parece estar “bem” emocionalmente.  
Parece ter um bom relacionamento com seus familiares.  
Recebe visitas ocasionais de seus familiares e mantém contato telefônico diário.

## EXAME FÍSICO

PRESSÃO ARTERIAL: 140 x 70 mmHg PULSO: 120bpm RESPIRAÇÃO: 20 mrpm TEMPERATURA: 36,5°C  
 PESO: 64 Kg ALTURA: 1.66 m SUPERFÍCIE CORPORAL: 1.71 m<sup>2</sup>  
 CONDIÇÕES DA REDE VENOSA : boas condições venosas (visíveis)  
 AVALIAÇÃO DO TECIDO SUBCUTÂNEO: boas condições para hidratação e medicação.

1. CABEÇA E PESCOÇO: ( ☒ ) Normal ( ) Alterações \_\_\_\_\_

2. TRONCO-DORSAL: ( ☒ ) Normal ( ) Alterações \_\_\_\_\_

3. MAMAS: ( ☒ ) Normal ( ) Alterações \_\_\_\_\_

4. ABDOME: ( ) Normal ( ☒ ) Alterações Distendido

5. SISTEMA GENITO-URINÁRIO E PERINEAL: ( ☒ ) Normal ( ) Alterações \_\_\_\_\_

## 6. ELIMINAÇÕES:

Urina: -

Fezes: Constipado há ± 2 dias

Vômito: Só náuseas

Menstruação: -

Outras secreções: -

7. MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES: ( ☒ ) Normal ( ) Alterações \_\_\_\_\_

8. DOR: ( ☒ ) SIM ( ) NÃO

Localização: Nos quadris

Grau: Moderada

O que alivia: Medicamentos - dimorf

9. OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

DATA: 03/10/97

HORA: 15:30h ENFERMEIRO RESPONSÁVEL: NEUSELI DE QUADROS

CARIMBO: Acad. Enfermagem - UFSC

## **EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

*J. (02/10/97)*

**S** Paciente diz que não sente vontade de comer e de sair as cama. Refere ainda que não evacuou no período.

**O** - Paciente lúcido, comunicativo e pouco deambulante;  
 - Pálido, astênico;  
 - Aceitando pouco a dieta;  
 - Sem edemas;  
 - Temperatura: 38,2° C;

**C** - Estimular a deambulação;  
 - Estimular a dieta;  
 - Oferecer apoio emocional;  
 - Verificar S.V.

Acadêmica de Enfermagem Neuseli

*J. (09/10/97)*

**S** Paciente relatou náuseas.

**O** - Paciente lúcido, comunicativo e deambulante;  
 - Hipocorado;  
 - Em QT sem intercorrências;  
 - Sem edemas;  
 - Nauseado e sonolento;  
 - Eliminações normais;  
 - Aceitando pouco a dieta;  
 - Controle de diurese;  
 - SV normais.

**C** - Observar e registrar eliminações intestinais;  
 - Cuidados com QT;  
 - Controle de diurese;  
 - Estimular ingesta hídrica e alimentar;  
 - Verificar S.V.

Acadêmica de Enfermagem Neuseli



CEPON

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PCTE: APOIO E EDUCAÇÃO

UNIDADE CEPON	DIAGNÓSTICO SARCOMA DE EWING
------------------	---------------------------------

NOME J.J.B.	IDADE 24 anos		REGISTRO 395
CATEGORIA	SUS	SERVIÇO ONCOHEMATOLOGIA	UNIDADE I
			ENF/LEITO 2/4

DATA	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
(02/10/97)	1 - Estimular a deambulação	N M T	T
	2 - Estimular a dieta	N M T	T
	3 - Oferecer apoio emocional	N M T	T
	4 - Verificar S.V.	N M T	T
	Acadêmica de Enfermagem Neuseli		
(27/10/97)	1 - Observar queixas algicas e registrar	N M T	T
	2 - Observar local do implante (cateter)	N M T	T
	3 - Cuidados com QT	ATENÇÃO!	
	4 - Verificar S.V.	N M T	T
	5 - Controle de diurese	N M T	T
	Acadêmica de Enfermagem Neuseli		

# CEPON HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

( ) Ambulatório

( X ) Hospital – ( X ) Oncologia/Oncohematologia ( ) Suporte Oncológico

NOME: V.F.B. ENF/LEITO: 1/2 REGISTRO: 743

DIAGNÓSTICO: CA "SMALL CELL" DO PULMÃO

QUIMIOTERAPIA: ( X ) SIM ( ) NÃO PROTOCOLO: \_\_\_\_\_

PACIENTE CHEGOU: ( X ) DEAMBULANDO ( ) MULETAS ( ) MACA  
( ) CADEIRAS DE RODAS ( ) AUXILIADO ( ) OUTROS

## RELATO DO PACIENTE (Interação Paciente / Família / Enfermeiro)

Paciente procedente de Itajaí, 41 anos, casada, 2 filhos, mora com o marido em casa própria de madeira, com 5 cômodos. Tem como hábitos: fazer as refeições 5x ao dia e tomar banho 1 x ao dia.

Fuma desde os 25 anos, mas parou de fumar há ± 4 meses.

Nega etilismo. Conta que tem um "tumor no pulmão" e que foi descoberto há ± 4 meses atrás, por causa de uma gripe. Diz que sentia muita falta de ar e que através de uma T.C. descobriram o tumor.

Relata que já fez quimioterapia e radioterapia devido a um tumor no útero (fez histerectomia há ± 3 anos).

Relata ainda que fez uma operação, por causa de uma reclusão arterial provocada pela quimioterapia (segundo o médico). Tem história de CA na família (tio=CA próstata). Comenta ainda que em sua última QT teve fortes reações; vômitos e náuseas intensas.

Diz relacionar-se bem com seus familiares.

É a sua 1ª internação nessa Instituição e espera que os médicos encontrem outro tratamento menos agressivo do que a QT.

Relata que o voltaren lhe faz mal.

## MEDICAMENTOS QUE FAZ USO

Ticlid - » para circulação sanguínea (SIC)

## AUTO CUIDADO

SER FÍSICO: ( ) DEPENDENTE ( ) PARCIALMENTE DEPENDENTE ( X ) INDEPENDENTE COM APOIO-EDUCAÇÃO

## IMPRESSÃO DO ENFERMEIRO EM RELAÇÃO AO PACIENTE/FAMÍLIA

Paciente lúcida, comunicativa e deambulante.

Hipocorada, em fluidoterapia em MSE.

Acceptando pouco a dieta.

Eliminações urinárias normais; fezes amolecidas.

Diz relacionar-se bem com seus familiares.

Recebe visitas diariamente.



## EXAME FÍSICO

PRESSÃO ARTERIAL: 130 x 90 mmHg PULSO: 78 bpm RESPIRAÇÃO: 18 mrpm TEMPERATURA: 36,5°C  
 PESO: 58,5Kg ALTURA: 1,58<sup>5</sup> m SUPERFÍCIE CORPORAL: 1,58<sup>5</sup> m<sup>2</sup>  
 CONDIÇÕES DA REDE VENOSA : péssimas condições venosas  
 AVALIAÇÃO DO TECIDO SUBCUTÂNEO: ótimas condições

1. CABEÇA E PESCOÇO: ( ) Normal ( X ) Alterações Diminuição da acuidade visual  
(usa óculos); faz uso de prótese dentária. Alopecia.

2. TRONCO-DORSAL: ( X ) Normal ( ) Alterações

3. MAMAS: ( X ) Normal ( ) Alterações

4. ABDOME: ( X ) Normal ( ) Alterações

5. SISTEMA GENITO-URINÁRIO E PERINEAL: ( X ) Normal ( ) Alterações

## 6. ELIMINAÇÕES:

Urina: -

Fezes: Amolecidas

Vômito: 1 episódio (aspecto: restos alimentares)

Menstruação: -

Outras secreções: -

7. MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES: ( X ) Normal ( ) Alterações

8. DOR: ( X ) SIM ( ) NÃO

Localização: Ombro E.

Grau: Moderada

O que alivia: Tylen

9. OBSERVAÇÕES:

DATA: 20/10/97

HORA: 16:00h ENFERMEIRO RESPONSÁVEL: NEUSELI DE QUADROS

CARIMBO: Acad. Enfermagem - UFSC

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

V. (22/10/97)

- S** Paciente refere que está há 3 dias sem evacuar. Relata também que durante sua estadia no hospital Regional para implante de cateter teve 4 episódios de vômito (aspecto: conteúdo gástrico).
- O**
- Paciente sonolenta (efeito da anestesia), lúcida e pouco comunicativa.
  - Referiu náuseas;
  - Hipocorada;
  - Sem edemas;
  - Em dieta zero;
  - Constipada há 03 dias;
  - Eliminações urinárias normais;
  - S.V. estáveis;
  - Sem queixas álgicas;
  - Eupneica;
  - Presença de cateter totalmente implantado.
- C**
- Auxiliar na dieta;
  - Oferecer apoio psicológico;
  - Observar e registrar queixas álgicas;
  - Estimular e auxiliar nas higiênes;
  - Verificar S.V.

Acad. Enf. Neuseli

V. (27/10/97)

- S** Paciente refere que está comendo melhor e que está conseguindo evacuar.
- O**
- Paciente lúcida, comunicativa e deambulante;
  - Hipocorada;
  - S.V. estáveis;
  - Em controle de diurese;
  - Eliminações intestinais normais;

- Em QT sem intercorrências;
- Aceitando bem a dieta;
- Sem queixas álgicas;

- C**
- Observar queixas álgicas e registrar;
  - Observar local do implante (cateter);
  - Cuidados com QT;
  - Verificar S.V;
  - Controle de diurese.

Acad. Enf. Neuseli



# PREScrição de Enfermagem

CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PCTE.: APOIO E EDUCAÇÃO

UNIDADE	DIAGNÓSTICO
CEPON	CA. "small cells" DE PULMÃO

NOME V.F.B.	IDADE 41 anos		REGISTRO 743
CATEGORIA SUS	SERVIÇO ONCOHEMATOLOGIA	UNIDADE I	ENF/LEITO 1/2

DATA	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
(22/10/97)	1 - Auxiliar na dieta	N M T	
	2 - Oferecer apoio emocional	ATENÇÃO !	
	3 - Observar e registrar queixas algicas	M T	
	4 - Estimular e auxiliar nas higiene	M T	
	5 - Verificar S.V.	M T	
(09/10/97)	1 - Observar e registrar eliminações intestinais	N M T	
	2 - Cuidados com QT	ATENÇÃO !	
	3 - Controle de diurese	ATENÇÃO !	
	4 - Estimular ingestão hídrica e alimentar	N M T	
	5 - Verificar S.V.	N M T	
	Acadêmica de Enfermagem Neuseli		

Os cuidados prestados pela enfermagem devem sempre deixar o paciente fisicamente e psicologicamente confortável, ajudando desta maneira a proporcionar uma melhor qualidade de vida e educando-o para o autocuidado.

Diante de todos esses cuidados, a enfermagem deve estar atenta às manifestações do paciente, seja durante as conversas, nas expressões não verbais ou até mesmo no silêncio absoluto, para que desta maneira consiga aprender a conhecer o paciente. RADÜNZ (1994, p.) reforça nos dizendo o seguinte pensamento: *“Acredito que, muitas vezes, nós profissionais não paramos para enxergar pequenos acontecimentos num encontro de enfermagem, perdendo com isto a oportunidade de fortalecer e de sermos fortalecidos.”*

Procurei, durante todo o meu estágio, conhecer um pouco da vida dos pacientes selecionados. Foi durante várias conversas diárias que fui conquistando a confiança de todos e o simples fato de ter alguém com quem conversar abertamente, proporcionou-lhes, nitidamente, um bem estar e conseqüentemente, uma maior interação. Exemplificando, cito os seguintes depoimentos:

**Paciente I. (60 anos)**

*“- Ainda bem que tu estais aqui. Tu és muito boazinha. Conversa com a gente e se preocupa. Quando tu não estais aqui, o dia não é bom.”*

*“- Eu gosto muito quando tu vem aqui, minha abençoada. (apertamos as mãos e esta me devolveu um enorme sorriso).”*

**Paciente J. (24 anos)**

*“- Tu és muito legal. Gostei de ti.”*

*“- Ela tá me dando a maior força. Poxa, se não fosse por ela. (fez esse comentário com a irmã sobre mim).”*

**Paciente V. (41 anos)**

*“- Lá vem a minha enfermeirinha particular.”*

Mas para chegar até aqui, com os pacientes selecionados e com a confiança de cada um conquistada, passei por muitas dificuldades. A ansiedade em iniciar meu trabalho, dificultou-me na escolha dos pacientes.

A sensação de frustração me acompanhou nesses momentos iniciais, como relato no meu diário de campo.

**22/09/97 (13º Dia de Estágio)**

*“Me sinto bem, porém um pouco decepcionada. Começo a fazer um histórico com o paciente e no outro dia ele já foi embora. Dá uma sensação de frustração!”*

**24/09/97 (14º Dia de Estágio)**

*“Continuo decepcionada. Não consigo permanecer com um paciente por muito tempo.”*

Com tantos obstáculos à minha frente, senti a necessidade de procurar ajuda na escolha dos pacientes. Conversei com a minha supervisora, que deu-me algumas dicas na seleção dos pacientes.

Depois dessa conversa, consegui enxergar meus erros e a sensação de bem estar tomou conta de mim, foi quando escrevi o seguinte comentário:

**25/09/97 (15º Dia de Estágio)**

*“Obrigada meu Deus, por mostrar-me novamente o caminho certo.”*

*“Agora me sinto “encontrada”. Achei o caminho que precisava para iniciar o meu trabalho.”*

Com dois pacientes selecionados, imaginei que era o fim dos meus temores e início de uma nova etapa. Mas estava enganada! Como havia conversado com esses pacientes numa quinta e sexta-feira, fiquei dois dias (sábado e domingo) sem manter contato e ao chegar à unidade na segunda-feira, recebi a notícia que um havia recebido alta e o outro havia ido a óbito.



Diante dessa situação escrevi no meu diário de campo:

**01/10/97 (17º Dia de Estágio)**

*“Fiquei decepcionada, angustiada, arrasada! Voltei à estaca zero!*

*Mas será mesmo? Será que não aprendi nada com isso?*

*Não voltei à estaca zero, NÃO! Apenas não tive a oportunidade de poder acompanhá-los por mais tempo, mas durante este breve período, pude perceber suas necessidades, medos, angústias e até mesmo aprender um pouco com suas experiências. ”*

Devido a esses acontecimentos, comecei a ser mais criteriosa nas escolhas dos pacientes, começando então a selecionar aqueles que iriam permanecer hospitalizados por mais de uma semana. Deu certo!

Mantendo sempre um bom relacionamento com os pacientes **escolhidos**, tive a oportunidade de compartilhar cada sentimento que os acompanhavam durante toda a internação. Cada qual, tinha uma história de vida, valores, medos, crenças e ansiedades distintas. Foi possível conhecer um pouquinho da história de cada um.

J., 25 anos, solteiro, procedente de Itajaí. Tem como diagnóstico: Sarcoma de Ewing.

Durante nossa convivência (11 dias), pude compartilhar, junto a ele, momentos tais como:


 A culpa que “carregava” por ter parado o tratamento quimioterápico.

*“-Achei que estava bem, porque não sentia mais dores.”*

 A fé que tinha em Deus para continuar lutando.


*“-Confio muito em Deus. Sou evangélico e vejo a minha doença como algo normal, algo que poderia acontecer com qualquer um.”*

*“-Deus e a medicina juntos, irão me curar.”*

 A preocupação e o carinho com a família.

*“-Minha família não tá muito bem com isso tudo. Eu não quero que eles venham me visitar agora porque eles iriam sofrer me vendo deitado numa cama sem poder me levantar direito e com dor.”*


*“-Prefiro ficar mais tempo aqui no Hospital, do que ir para a casa com dor e a minha família ficar sofrendo junto comigo, sem poder fazer nada. Quero poupá-los desse sofrimento, entende?!”*

 A alegria quando reiniciou o tratamento cessando as suas dores.

*“-Esse é o remédio que eu precisava. Agora eu estou bem melhor. Estou feliz (sorriu).”*

A segunda paciente participante foi: I., 60 anos, solteira, procedente de Curitiba. Tem como diagnóstico: Câncer de Reto avançado. Permaneceu hospitalizada 38 dias, vindo a falecer 02 dias após o término de meu estágio.


Devido a esse longo tempo hospitalizada, foi possível ter um relacionamento mais íntimo e aberto com I.

 Pude conhecer um pouco sobre sua família e o tipo de relacionamento que mantinha com todos os membros, através de nossas conversas diárias.

*“-Tive uma educação muito rígida, meu pai não queria que eu me casasse para poder ficar cuidando de minha mãe quando ele morresse.”*

*“-Minha mãe não gosta muito de mim. Ela só gosta de filho homem porque não incomoda. Quando eu tava em casa, ela só cozinhava para os meus irmãos, quem vinha fazer a minha sopa, era a minha cunhada.”*

*“-Eu tenho um filho de criação de 16 anos, na verdade ele é meu sobrinho, mas eu trato ele como filho e ele me chama de mãe. Eu to aqui, mas a minha cabeça tá lá pensando nele.”*

 Sobre o que pensava sobre a sua doença.

*“-Eu tenho um tumor maligno no intestino.”*

*“-Eu fico conformada com a minha doença, porque eu já tenho 60 anos, se tivesse menos talvez não aceitasse.”*

*“-Sinto muito pelo meu filho de criação que depende muito de mim. Tenho medo de deixá-lo sozinho nesse mundo.”*



A sua revolta com relação a falta de visitas.

*“-Ninguém vem me visitar porque eu moro muito longe e a passagem é muito cara. Aqui eu não conheço ninguém.”*

*“-Era isso que eles queriam. Me jogaram aqui, não vem me visitar e nem telefonaram pra saber como é que eu estou.”*

*“-Quando eu sair daqui, não volto mais pra casa, vou pra casa de uns parentes, arrumo um emprego e depois vou buscar meu filho pra morar comigo.”*



O constrangimento do odor que exalava do seu corpo (fistula reto-vaginal).

*“-Quando eu tava em casa, deixei de fazer as refeições na mesa, pra não “embrulhar” o estômago dos outros com esse cheiro.”*

*“-Desviava o caminho para não passar perto das pessoas, para elas não sentirem o cheiro.”*

Assim que iniciava o estágio, me dirigia até o quarto de I. e a cena que sempre deparava era a mesma: I. deitada, toda encolhida em seu leito, embaixo dos cobertores (para abafar o odor).



Uma nova experiência com a colostomia.

*“-Agora a gente vai ter que se adaptar, né?!”*

*“-“Isso” vai me ajudar a melhorar, eu só não sei mexer com “isso” ”*

*“-Ela não me incomoda, mas eu não consigo ficar olhando ali (referindo-se ao ostoma), me dá uma coisa ruim.”*



A terceira paciente participante foi V., 41 anos, casada, procedente de Itajaí. Tem como diagnóstico Câncer “small cell” de Pulmão. Permaneceu hospitalizada durante 10 dias.

 Pude conhecer também, um pouco sobre o seu relacionamento familiar.

*“-A minha família me dá muito apoio.”*


*“-Meu marido me incentivava muito a continuar o tratamento, eu fazia mais por ele do que por mim.”*

*“-Eu tô com uma saudade dos meus filhos.”*

 Os efeitos colaterais do tratamento.

*“-Quando caiu meu cabelo, eu estranhei no começo, mas isso não foi motivo pra que eu entrasse em depressão.”*

*“-A minha preocupação era só com a doença, cabelo cresce!”*

 O impacto ao receber a notícia sobre a sua doença.

*“-De uns tempos pra cá, o cigarro começou a me fazer mal, não conseguia continuar fumando”.*

*“-Fiquei com medo de fazer uns exames, porque tinha medo que desse algum resultado ruim. Então, parei de fumar por 9 meses, mas a fissura era tão grande que vendo a minha vizinha fumar, resolvi pedir um cigarro pra ela só pra matar a fissura. Vi que na primeira tragada havia algo errado, o cigarro não entrou legal e então resolvi ir ao médico e foi constatado câncer de pulmão.”*

Convivendo com essas três situações distintas, foi possível compreender melhor o pensamento de RADÜNZ (1994) que dizia que o cliente oncológico é um ser humano que tem valores, crenças e que é nosso dever respeitá-lo quanto a isso.

Enquanto acompanhava esses pacientes, tive a oportunidade de estimular o autocuidado e prestar alguns cuidados de enfermagem a outros pacientes, como

também de presenciar e confortar familiares mediante situações difíceis, tais como o óbito.

Durante o estágio, foram realizados inúmeros procedimentos técnicos, tais como: aspiração de secreções, passagem de sondas nasogástrica e de alívio, fleet enema, instalação de quimioterapia, de bolsa de sangue e de colostomia, tamponamento, punções, preparo e administração de medicamentos, procedimentos de higiene e conforto, coleta de material para o laboratório, curativos, arrumação de camas, punção de sítio subcutâneo (ver anexo 02), verificação de sinais vitais, auxílio em drenagem torácica e outros.

Todos esses procedimentos contribuíram para aprimorar minhas técnicas e auxiliar na qualidade do meu cuidado.

Diante de todas essas situações expostas, creio que este objetivo foi plenamente alcançado, por tornar-se viável a aplicabilidade do Processo de Enfermagem, segundo a proposta das enfermeiras do CEPON, cuidando de pacientes com diagnóstico de câncer.

*Objetivo nº 2 - Desenvolver e/ou aprimorar procedimentos no cuidado a pacientes com diagnóstico de câncer.*

O CEPON, por se tratar de um Centro e Pesquisas Oncológicas, proporciona inúmeros eventos científicos.

Afim de adquirir um maior conhecimento nessa área, procurei, na medida do possível, participar de algumas atividades propostas, tais como:

**04/09/97** - Palestra sobre: “Depressão e Câncer”

Palestrante: Psic. Liége

Local: Hospital do Cepon



- 10/09/97** - Palestra sobre: “Cuidando e se Cuidando”  
Palestrante: Prof<sup>a</sup>. Enf<sup>a</sup>. Vera Radünz  
Local: Hospital do Cepon
- 11/09/97** - Aula sobre: “Via Subcutânea”  
Palestrante: Enf<sup>a</sup> Silvana  
Local: Hospital do Cepon
- 15/09/97** - Elaboração da Filosofia de Enfermagem  
Organizadores: Enf<sup>a</sup> Luciana Ávila e Karin K. Feuerschuette  
Local: Hospital do Cepon
- 19/09/97** - Oficina sobre:     \* Autocuidado em relação ao paciente e família;  
                                      \* Interação entre a equipe de enfermagem;  
                                      \* Interação entre a equipe de enfermagem, com o  
                                      paciente e família.  
Organizadores: Enf<sup>a</sup> Luciana Ávila. e Karin K. Feuerschuette  
Local: Hospital do Cepon
- 08/10/97** - Apresentação dos Projetos de Práticas Assistenciais das Enfermeiras do  
CEPON matriculadas na ESPENSUL (Especialização em  
Enfermagem da Região Sul.  
Local: Hospital do CEPON
- 17/10/97** - Oficina sobre: “Formas de Comunicação”  
Palestrante: Psic. Marlene  
Local: Ambulatório do CEPON
- 27/10/97** - Palestra sobre: “Novos Conceitos no Tratamento de Feridas”  
Palestrante: Enf<sup>a</sup>. Renata (Tecnomedical)  
Local: Hospital do CEPON

**04/11/97** - Oficina sobre: “Estresse X Ambiente de Trabalho”

Palestrante: Prof<sup>a</sup>. Enf<sup>a</sup>. Psic. Lorena Silva

Local: Hospital do CEPON

A participação nesses eventos, me auxiliou para uma melhor compreensão em relação à área oncológica, e conseqüentemente, serviu-me como impulso para ir em busca de novos conhecimentos.

Tocar, ouvir, sentir, observar... foram algumas habilidades que procurei desenvolver durante o estágio, sendo de grande valia para a melhoria da qualidade do meu cuidado e tendo sido observado nas seguintes situações registradas no meu diário de campo.

#### **Paciente I. (60 anos) e Acadêmica de Enfermagem**

*Segurei sua mão, para dar apoio e segurança, depois dei um beijo em sua face e esta, surpresa com meu gesto, me devolveu um sorriso.*

*Apertei sua mão, e esta fixou seu olhar em mim. Sorri e fui embora.*

Este objetivo foi alcançado, pois todas as estratégias contribuíram para a sua operacionalização.

*Objetivo nº 3 - Trabalhar, junto à equipe de enfermagem, fatores estressantes em seu ambiente de trabalho.*

O estresse torna-se um problema, quando este excede a capacidade do indivíduo em realizar suas funções efetivamente.

Segundo CLARK et al. (1997) o estresse relacionado ao trabalho em enfermagem oncológica é multidimensional, envolvendo: características do próprio enfermeiro (idealismo, perfeccionismo...), características da população de clientes com câncer e natureza da assistência (variabilidade de prognósticos,

heterogeneidade das doenças malignas...) e características do local de trabalho (autonomia limitada, apoio administrativo deficiente...).

Em resposta a esses estressores, o nosso organismo reage ficando num estado de fadiga constante, tendo desequilíbrios emocionais e, conseqüentemente, comprometimento das funções diárias.

Pensando seriamente sobre esse assunto e tendo a oportunidade de conviver com esta situação, é que pude perceber o quão importante seria discutir a opinião de cada membro da equipe de enfermagem, em relação aos seus sentimentos sobre o estresse e a relação com o seu ambiente de trabalho.

Para por em prática essa discussão “necessária”, foi realizado uma oficina sob o título: “Estresse X Ambiente de Trabalho”, tendo a participação especial da Profª. Enfª e Psic. Lorena M. Silva. (ver anexo 03).

A oficina foi realizada na sala de reuniões do Hospital do CEPON, com a participação de aproximadamente 20 pessoas e com duração de 2 horas (18:30 às 20:30 h).

Durante a oficina, foram realizados exercícios de relaxamento, com fins de minimizar a fadiga corporal, e demonstrado o ponto de localização do estresse, segundo a medicina oriental.

Ao final dos exercícios, foram discutidas as dúvidas dos participantes e o que sentiram durante esta atividade.

Colocadas as opiniões de cada um, foi possível observar uma enorme interação entre os membros do grupo, e o aproveitamento que conseguiram retirar para a sua vida pessoal e profissional, tornando a oficina uma atividade prazerosa.

Com tantas interferências que sofremos no nosso dia-a-dia, devemos procurar formas de aliviar o nosso estresse e ir à busca de estratégias para tornar o nosso ambiente de trabalho tranquilo e digno de condições adequadas. Com relação a isto, CLARK et al. (1997, p.237) nos falam da aquisição dos Dez Direitos Básicos

para os Profissionais da Saúde: *“o direito de ser tratado com respeito; a uma carga de trabalho razoável; a um salário justo; a determinar suas próprias prioridades, a pedir o que quer; a recusar sem apresentar desculpas ou sentir-se culpado; a cometer erros e ser responsáveis por eles; a dar e receber informação como um profissional; a agir no melhor interesse do cliente; a ser humano.”*

Dentro do exposto acima, considero este objetivo alcançado pois, a estratégia utilizada colaborou para que fosse possível trabalhar, junto à equipe de enfermagem, fatores estressantes em seu ambiente de trabalho.

Ao final do estágio, foi entregue aos funcionários do Hospital do CEPON, uma pequena lembrança, como forma de agradecimento pela acolhida, um bombom anexado a um cartão contendo uma oração e a foto da acadêmica. (ver anexo 04).

## **6- CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Chego ao término deste trabalho, conhecendo um pouco mais da realidade do paciente oncológico e percebo o quão importante e prazeroso foi realizar essa experiência enriquecedora, tanto para minha vida profissional quanto pessoal.

Durante o estágio, convivi com inúmeros pacientes que, com consciência ou não, desenvolviam estratégias para continuar “lutando” nessa difícil batalha contra o câncer. É como exemplifico nesses depoimentos registrados abaixo:

### **Paciente 1.**

*“- Eu não quero saber de mais nada, entrego tudo nas mãos de Deus, ele é o médico dos médicos”*

### **Paciente 2.**

*“- Eu levo tudo na brincadeira que é pra não abater, porque assim a gente vive mais. Ao invés de durar 3 anos com a família, a gente dura 4, por isso a gente não pode se entregar.”*

Diante desses depoimentos e de muitos outros colocados, percebi que é preciso doar um tempo maior para esses pacientes que, nitidamente, possuem uma enorme carência afetiva.

Penso que todas as pessoas tem direito à saúde, cujas necessidades devem ser atendidas durante todo o seu ciclo vital. Mas para tanto, o profissional enfermeiro deve participar desse atendimento à saúde, desenvolvendo ações específicas que visem a assistência, a educação, a administração e a pesquisa em todos os níveis, proporcionando um atendimento ao ser humano na sua integralidade.

Creio que meu estágio foi ainda mais enriquecedor, por ter convivido com uma equipe profissional HUMANA, que em todos os momentos me auxiliou para a implementação deste trabalho. Pelas minhas supervisoras, que foram as grandes incentivadoras durante esta caminhada e com especial carinho à minha orientadora, que foi o meu verdadeiro “divã”, lugar no qual pude desabafar minhas dificuldades, receber conselhos, relaxar e me sentir segura.

A oncologia foi tão atraente, que serviu-me como mola propulsora, no sentido de buscar cada vez mais informações e conhecimentos nessa área. Foi tão forte este fascínio, que em vários momentos do estágio, não cansava em relatar tanto verbalmente, como por escrito, a felicidade de ter me identificado com essa área. Exemplificando, escrevo no meu diário de campo os seguintes comentários:

*“Estou adorando o estágio. Todos são muito amigos. Senti calor humano!”*

*“Eu me sinto feliz”*

*“Quando trabalhamos com amor, e gostamos muito do que estamos fazendo ou ajudando a construir algo melhor, o tempo passa rápido e a felicidade fica no coração que tem o trabalho de transmitir esses sentimentos que florescerão em nossas faces, gestos e memórias...”*

*Obrigado meu Deus, por teres me enviado para este caminho: tenho certeza que todas as barreiras que colocaste antes desta minha escolha*

*foi para que eu pudesse ver o caminho certo, aquele pelo qual eu me sentiria realizada e muito feliz.”*

Toda essa experiência, contribuiu de forma efetiva para o meu crescimento, no qual aprendi a ser GENTE COM GENTE, onde também pude perceber que para ajudar alguém, nem sempre é preciso falar, bastando apenas sorrir, ouvir, tocar...

## 7-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**AVILA, L.M.R.; SANTANA, R. e IGISKI, C.B.G.** Uma Abordagem Interacionista e de Autocuidado para a Sistematização de Assistência do Serviço de Enfermagem para o CEPON. Monografia do Curso de Especialização e Projetos Assistenciais -ESPENSUL, 1997.

**BAUER, M.R. et al.** Assistir o paciente oncológico: como as enfermeiras poderão enfrentar este desafio? *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, 12(2):27-32, jul., 1991.

**BELAND, I.; PASSOS, J.** Enfermagem Clínica: Aspectos Fisiopatológicos e Psicossociais. Tradução por Beti Raquel Lerner e Lúcia Aratangy. São Paulo:EPU, EDUSP, 258p. Tradução de :Clinical Nursing. 1979.

**BEYERS, M.; DUDAS, S.** Enfermagem Médico-Cirúrgica: Tratado de Prática Clínica. Tradução por Fernando Diniz Mundim et al. v.1, 2 ed. Rio de Janeiro. Editora Guanabara, Tradução de: Clinical of Practice of Medical-Surgical Nursing. 1989.



**BONASSA, E.M.A.** Enfermagem em Quimioterapia. São Paulo-Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 1992.

**BRUNNER, L.S. & SUDDART, S.D.** Enfermagem Médico-Cirúrgica. 7 ed. Rio de Janeiro, RJ. Guanabara-Koogan, 1994.

**CARDOZO, K.C..** Assistência de Enfermagem ao Paciente com Diagnóstico de Câncer e/ou Família no Hospital do CEPON. Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

**CLARK, J.C. et al.** Enfermagem Oncológica: Um Currículo Básico. Tradução: Luciane Kalakun e Luiza M<sup>a</sup>. Gerhardt. 2<sup>a</sup> ed. Artes Médicas: Porto Alegre, 1997.

**DEITOS, T.F.H.; GASPARY, J.F.P.** Efeitos biopsicossociais e psiconeuroimunológicos do câncer sobre o paciente e familiares. *Rev. Bras. Cancerol.*, 43(2):117-125, 1997.

**EIZIRIK, C.L.; FERREIRA, P.E.M.S.** Aspectos Psicológicos no tratamento do Câncer. In: Oncologia Clínica: Princípios e Prática. Porto Alegre:Artes Médicas, 51:481-487, 1991.

**FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO.** Estratégias para o Combate do Câncer, 1994.

**GAIPERIM, M.R.O.** Percepção de clientes e membros da equipe de enfermagem, de uma unidade de autocuidado, acerca da liberdade de raiz e de ação dos primeiros e seus respectivos locus de controle. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, 9(1):47-57, jan., 1988.

**GEORGE, J.B. e cols.** Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos para a Prática Profissional. Porto Alegre: Artes Médicas,p.300-301, 1993.

**HADDAD, M.C.L. et al.** Avaliação dos Conhecimentos, Percepções e Sentimentos dos Pacientes Oncológicos com Relação a sua Doença e Equipe de Saúde. Rev. Esc. Enf. USP, v.27, n.2, p.199-213, ago., 1993.

**LESHAN, L.** O câncer como ponto de mutação: Um manual para pessoas com câncer, seus familiares e profissionais de saúde. São Paulo: Summus, 1992.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE.** Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Programas de Controle do Câncer - PRO-ONCO. O Problema do Câncer no Brasil. 3 ed. Rio de Janeiro, 1995a.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE.** Instituto Nacional de Câncer. Coordenadoria de Programas de Controle do Câncer - PRO-ONCO. Ações de Enfermagem para o Controle do Câncer. Rio de Janeiro, 1995b.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE.** Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de controle de tabagismo – CONTAPP. Falando sobre Câncer e seus Fatores de Risco. Rio de Janeiro 1996.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE.** Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Programas de Controle de Câncer - Pro-Onco. O Problema do Câncer no Brasil. 4ª ed. Rio de Janeiro, 1997.

**RADÜNZ, V.** Cuidando e se Cuidando: Fortalecendo o “self” do Cliente Oncológico e o “self” da Enfermeira. Florianópolis: UFSC. Dissertação de Mestrado/Mestre em Assistência de Enfermagem - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, 1994.

**REMEN, R.N.** O Paciente como Ser Humano. Tradução por Denise Bolanho. São Paulo: Summus Editorial Limitada, 221p. Tradução de ; The Human Patient. 1993.

**SCHAEFER, I.L.C. et al.** Assistência de Enfermagem Humanizada a Criança Oncológica. Família e Funcionários da Unidade de Internação. Trabalho de Conclusão de Curso, UFSC, 1992.

**SHÖELLER, M.T.** Dor Neoplásica: Abordagem e Tratamento. *Rev. Âmbito Hospitalar*, 7:13-18, 1997.

**SILVA, R.F.** A Comunicação no Cuidado de Qualidade em Enfermagem Cirúrgica. Florianópolis: UFSC, 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.

**SOARES, R.R.S.** O Papel da Enfermagem no Tratamento do Câncer. *Revista Realidade Hospitalar*. Rio de Janeiro, n.1, Abr., 1996.

**UNIÃO INTERNACIONAL CONTRA O CÂNCER.** Fundação ONCO-Centro de São Paulo. Manual de Oncologia Clínica. 5 ed. São Paulo, 1990.

## **8- ANEXOS**

## **ANEXO 01**

## *ROTEIRO PARA PREENCHIMENTO DO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM*

- *Relato do Paciente:*

O relato deve ser sucinto, deve conter as queixas, a história da vida familiar/social/econômica do paciente. Deve conter os hábitos de higiene (banhos são diários, a limpeza do cabelo, a higiene oral), sono e repouso, hábitos alimentares e se possui alguma adição (alcoolismo, tabagismo ou uso de drogas). A profissão e o status na vida familiar. Como se relaciona na vida familiar e social.

Alguns dados só serão importantes se o enfermeiro achar que for necessário colocar.

É importante colocar se o paciente tem conhecimento do diagnóstico, se possui história familiar de câncer ou se fez algum tratamento anterior, ou ainda se há presença de outras doenças.

Também é importante questionar o que espera da Instituição (CEPON), do Serviço de Enfermagem e como se sente em relação a internação hospitalar.

Além disto, seria bom perguntar o que gostaria de fazer para passar o tempo e ou se gostaria que soubéssemos de mais alguma coisa.

Alergias, se existirem especifique-as.

- *Autocuidado:*

- \* Dependente: são pacientes dependentes, que estão impossibilitados no momento de exercer seu autocuidado.

- \* Parcialmente Dependente: pacientes que apresentam déficit no seu autocuidado e são auxiliados pela equipe de enfermagem.
- \* Independente com Apoio-Educação: pacientes executam seu autocuidado, mas há necessidade das orientações de enfermagem.

- *Impressão do Enfermeiro em Relação ao Paciente e a Família:*

Deve ser colocado neste item se houve interação com o paciente e a família, a ansiedade em relação a doença e ao tratamento. Observar o estado emocional do paciente, se ele está ansioso, depressivo, agressivo, etc. coloque sua impressão profissional em relação ao paciente.

Coloque o estado geral do paciente, suas condições de higiene e o nível de consciência.

Refira sua impressão quanto ao aspecto psico-social e espiritual (embasando-se na teoria do autocuidado).

- *Exame Físico:*

Descreve-se apenas as alterações encontradas.

- *Condições da Rede Venosa:*

Identificar se a via de acesso é periférica ou central, bem como suas características. Observar questões como visualização , presença de esclerose e mapeamento. Se houver presença de cateter, identifique sua localização, o tipo e alterações se houverem.

- *Avaliação do Tecido Subcutâneo:*

Identifique as principais áreas para punção.

- *Cabeça e Pescoço:*

Observar mucosas (cor, integridade, presença de mucosite), presença de sangramentos, umidade, presença de lesões, nódulos, gânglios enfartados, deformidades.

Presença de próteses dentárias, uso de óculos, aparelhos para audição.

Avaliar acuidade auditiva e visual, alterações da voz, na deglutição.  
Avaliar higiene da cavidade oral.

- *Tronco-Dorsal:*

Avaliar simetria, expansão torácica, tosse, presença de lesões cutâneas, dispnéia, secreções, presença de traqueostomia (tempo que faz uso, condições).

- *Mama:*

Avaliar simetria, presença de nódulos e descarga mamilar (caracterizar) e orientar o auto-exame.

- *Abdome:*

Avaliar distensão, presença de lesões, ostomas. Realizar palpação (presença de massas endurecidas) e percurssão.

- *Sistema Genito-Urinário e Perianal:*

Se o paciente referir alguma anormalidade, procedemos o exame físico onde avaliaremos as condições de higiene, presença de secreções, lesões, odor e nódulos palpáveis, pruridos. Avaliar ciclo menstrual e/ou outras secreções (quantidade, odor e duração).



- *Eliminações:*

- \* Eliminações Intestinais: hábitos individuais, frequência, odor, quantidade, cor, elementos anormais (parasitas, sangue, muco e pus).
- \* Eliminações Urinárias: hábitos individuais, frequência, odor, quantidade, densidade, continência, cor, elementos anormais (sangue, pus, depósitos e cálculos).
- \* Eliminações Gástricas: vômitos (frequência, quantidade, tipo, odor, aspectos - alimentar, suco gástrico, bilioso, hematêmese).

- *Membros Superiores e Membros Inferiores:*

Observar presença de deformidades, amputações, próteses e lesões. Caracterizar a movimentação e a vascularização.

- *Dor:*

Utilizar a escala visual para avaliar a intensidade da dor. Questionar se na presença da dor existe algo que alivie, se é remédio, posição, sono ou outros.

- *Orientações Fornecidas:*

Relatar todas as orientações que foram dadas ao paciente e família durante o desenvolvimento do histórico.

## *ROTEIRO PARA EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM*

A evolução de enfermagem é uma análise objetiva do relato feito pelo paciente e da investigação clínica pelo enfermeiro, onde serão avaliados os problemas e delineado as condutas interativamente com o paciente/família.

A metodologia utilizada deve conter os dados Subjetivos (relato do paciente), Objetivos (relato e avaliação técnica e científica pelo enfermeiro) e Conduta (tomada de decisões que nortearão as prescrições).

A evolução deve ser feita diariamente no formulário próprio para a evolução de todos os profissionais.

Os encaminhamentos para os outros profissionais da equipe multiprofissional devem ser feitos mediante a solicitação por parecer técnico.

## *ROTEIRO PARA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM*

A prescrição diária realizada pelo enfermeiro deve ser direcionada as necessidades (problemas) do paciente, relatadas no Histórico de Enfermagem e nas Evoluções de Enfermagem. O enfermeiro nesta etapa do processo de trabalho, deve continuar mantendo a interação com o paciente/família e informar a conduta a ser seguida pela equipe de enfermagem, sempre de acordo com as necessidades do paciente e com as necessidades clínicas.

Ressaltamos que o enfermeiro, antes de prescrever, deve estar ciente do histórico de enfermagem e médico, da prescrição médica, da última evolução de todos os profissionais da equipe multiprofissional e ter realizado visita de enfermagem, sendo que nesta, pode haver a necessidade de um novo exame físico que poderá nortear a conduta a ser tomada, bem como possíveis alterações do quadro clínico.

A Prescrição de Enfermagem pode abranger: controles, alimentação/hidratação, higiene, conduta conforme sinais e sintomas, orientações gerais, cuidados específicos (ex.: sondagens, ostomas, catéteres e outros).

É importante observar que a prescrição de enfermagem deverá deixar claro o grau de dependência do paciente, determinado em termos de fazer, ajudar, orientar, supervisionar ou encaminhar.

A redação da prescrição deve iniciar-se com o verbo no infinitivo, o que determinará uma ação a ser executada.

A prescrição será operacionalizada pela equipe de enfermagem e deve-se utilizar o mesmo formulário da prescrição médica.

## **ANEXO 02**

## VIA SUBCUTÂNEA

Os pacientes com câncer, não raro, necessitam de uma via parenteral para administração de fluidos e/ou medicações.

O Hospital do Cepon é o pioneiro na utilização da via subcutânea no tratamento da dor no câncer (tanto para medicação, quanto para hidratação), por ser uma fácil alternativa, quando se tem pacientes com péssimas condições venosas e dificuldades com a via oral.

Segundo SHÖELLER (1997, p.15) *“a via subcutânea é provavelmente a mais eficaz e simples alternativa para a administração oral, impossível de ser mantida na presença de náuseas e vômitos, disfagia, síndromes confusionais ou necessidade de altas doses de opióides.”*

Quando a via oral não é possível, a via subcutânea é a primeira via de escolha para administração de opióides parenterais.

Esta via traz como vantagens: a segurança e o conforto, ao evitar as múltiplas punções necessárias ao esquema de administração regular de opióides para o tratamento da dor por câncer, a melhora: dos quadros confusionais, da diurese e dos parâmetros laboratoriais e clínicos; é menos dolorosa; é de fácil manutenção; tem menor restrição; os cuidados não são especializados; é viável a domicílio e tem baixo custo.

Além da absorção ser total, o pico plasmático é atingido em 20 a 30 minutos, para morfina (droga preconizada pela Organização Mundial da Saúde – OMS, para o tratamento da dor por câncer).

Experiências prévias com administração de analgésicos por via subcutânea mostram que os sítios mais adequados são, em ordem de preferência: parte anterior superior do tórax (região infraclavicular bilateral), parede anterior do abdome obedecendo o sentido horário ao redor da cicatriz umbilical, parte posterior

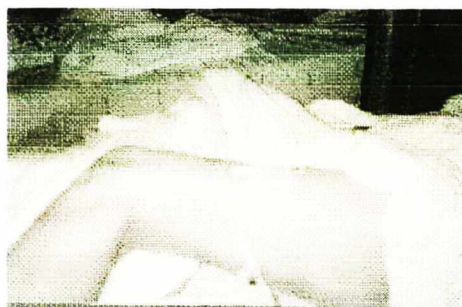
superior do tórax incluindo Giba e face anterior e face antero lateral da coxa (quando o paciente acomodado). Dentro destas opções, a preferência do paciente deve ser valorizada.

A administração subcutânea poderá ser utilizada mesmo em pacientes caquéticos, como aqueles portadores de câncer avançado. O volume máximo desejável para evitar complicações é de 3 ml a cada 2 horas. Para maior segurança do paciente, o sítio e o scalp deverão ser trocados a cada 7 a 10 dias. Para puncionar após antissepsia da pele, faça uma prega no local escolhido com o dedo indicador e o polegar. Introduza o scalp em ângulo de 30 graus, totalmente preenchido com a medicação indicada. Antes da fixação definitiva, aspire para certificar-se de que a punção não atingiu pequenos vasos. O tecido subcutâneo é pobre em vasos sangüíneos de calibre punçionável. Fixe o scalp adequadamente. Curativos transparentes facilitam a visualização do sítio.

## ***COMPLICAÇÕES***

As complicações sistêmicas observadas podem ser inerentes ao tipo de analgésico utilizado e devem ser tratadas de acordo com as recomendações já existentes em cada caso. Complicações no sítio subcutâneo são raras. Pode ocorrer formação de granuloma, irritação da pele, caracterizada por eritema e aumento de calor local, formação de edema, sangramento discreto em pacientes com discrasias sangüíneas, que podem ocasionar obstrução do sistema. Para prevenção de complicações infecciosas, recomendamos a troca do scalp cada 7 a 10 dias ou quando necessário.

A via SC, apresenta-se na oncologia como uma opção atrativa, haja vista a facilidade de locais para punção e a manutenção do acesso para administração de fluidos e medicação.



***Punção de Sítio Subcutâneo***

## **ANEXO 03**

# IMP!ER DÍVIEL !

## OFICINA SOBRE

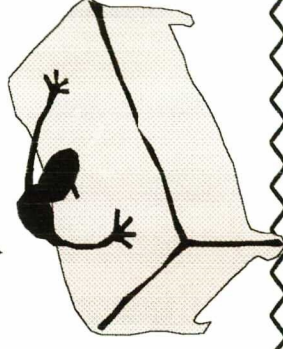
## ESTRESSE X AMBIENTE DE TRABALHO

Palestrante: Prof<sup>a</sup>. Enf. Psic. Lorena Machado Silva (UFSC)

Dia: 04 -11 -97 (terça-feira)

Horário: 18:30 h.

Local: Sala de Reuniões/Hospital do Cepon





## **A N E X O 04**

*Aos amigos*



*do Hospital do  
CEPON*

ORACÃO DE AGRADECIMENTO ÀS PESSOAS ESPECIAIS

OBRIGADO MEU DEUS:

Por existirem pessoas que passam por nossas vidas, deixando lembranças maravilhosas, aliviando nossos corações das barreiras tristes que a vida impõe.

OBRIGADO MEU DEUS:

Por ter me proporcionado essa chance, conhecendo essas pessoas que me mostraram um sentido diferente e lindo da vida, seja em atitudes de companheirismo profissional ou simplesmente uma palavra amiga.

OBRIGADO MEU DEUS:

Por tudo isso e que suas bênçãos estejam direcionadas para essas pessoas que só nos orgulham de terem passado por nossas vidas, deixando-nos recordações muito especiais!

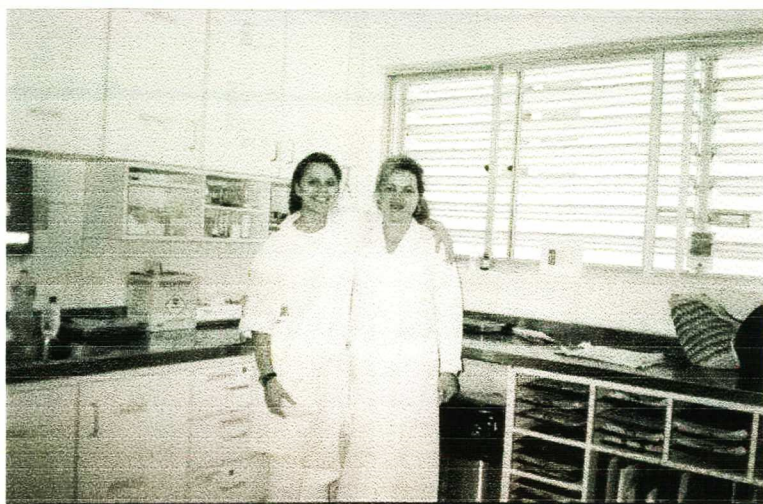
Obrigado AMIGOS DO HOSPITAL DO CEPON, pela lição de carinho que vocês transmitiram enquanto grupo, pela paz que vocês irradiaram e por fazerem parte desse pequeno e distinto grupo de "PESSOAS ESPECIAIS".

Um grande e carinhoso abraço à todos!  
Acad. de Enfermagem (UFSC): NEUSELL.

03/11/97

## **9-EPÍLOGO**





## *A Equipe de Enfermagem do Hospital do CEPON*







*Oficina realizada no Hospital do CEPON sobre  
"Estresse X Ambiente de Trabalho"*

